



Evaluering af projektet Når børn har brug for en særlig indsats. Træning af praktiserende læger gennem supervision

Hølge-Hazelton, B.; Tulinius, C.

Publication date:
2008

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Hølge-Hazelton, B., & Tulinius, C. (2008). *Evaluering af projektet Når børn har brug for en særlig indsats. Træning af praktiserende læger gennem supervision*. Forskningsenheden for Almen Praksis.



Børneprojektet

Når børn har brug for en særlig indsats
træning af praktiserende læger gennem supervision



Afsluttende evalueringsrapport

Udgået fra:



Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Center for Sundhed og Samfund,
Øster Farimagsgade 5, postboks 2099, 1014 København K

Finansieret af:



Indholdsfortegnelse

Forord og læsevejledning til rapporten	1
Kapitel 1.....	4
Projektets sammenfatning og perspektiveringer.....	4
De grundlæggende læringstilbud i projektet	5
Evalueringsens formål og afgrænsning	5
Evalueringsens data	6
Sammenfatning af evalueringen i forhold til projektets delmål	7
1. At kunne identificere en børnesag	7
2. At kunne visitere en børnesag	8
3. At kunne intervenere relevant i en børnesag	9
Sammenfatning af evalueringen i forhold til projektets læringstilbud	10
Perspektivering af evalueringen	13
Henvisninger	17
Kapitel 2.....	19
Projektets formål, organisering, referenceramme og metoder	19
Formål.....	20
Organisering	21
Teoretisk referenceramme	22
Læringstilbud i projektet	23
Supervision.....	23
Fælles temadage	25
Skriftligt materiale	26
Elektronisk portefølje	26
LEARN-skemaer.....	29
Henvisninger	29
Kapitel 3.....	31
Projektets evalueringsmetoder - spørgsmål og datamateriale.....	31
Hvad er evaluering?	31
Evaluerings som begreb	31
Evaluerings som model	32
Evalueringen i det konkrete projekt.....	33
De valgte metoder	37
De valgte design: Effektevaluering og procesevaluering	43
Resultater fra evalueringen i projektet: Fra begyndelsen til midtvejs	47
Resultater fra evaluering i projektet: Fra midtvejsrapport til afsluttende rapport	48
Evalueringsens materiale.....	52
Evalueringsens etik. Hvordan og af hvem behandles de data der indgår i evalueringsprojektet?	53
Henvisninger	54
Kapitel 4.....	56
Lægedeltagerniveau	56
Gruppeprofiler	56

Evalueringsspørgsmål: Kunne fokus i supervisionerne holdes på børnesager?	57
Fordeling af børnesagerne på køn og alder	58
Delanalyse	59
Fordeling af børnesagerne på etnicitet	61
Delanalyse	61
Fordeling af børnesagerne ud fra lægernes egne beskrivelser	61
Storbygruppens sager	62
Delanalyse Storby	64
Provinsbygruppens sager	65
Delanalyse Provinsby	68
Landgruppens sager	69
Delanalyse Land	72
Lægernes professionelle udfordringer i sagerne	73
Eksempler tema 1: AT MARKERE GRÆNSER/HOLDNINGER	73
Eksempler tema 2: AT FØLE TVIVL, AFMAGT ELLER USIKKERHED PÅ EGEN FAGLIGHED	74
Eksempler tema 3: AT PÅTALE PROBLEMER FAMILIEN IKKE SELV BRINGER OP	76
Eksempler tema 4: SAMARBEJDSPARTNERE	77
Analyse af det samlede antal sager kombineret med lægernes professionelle udfordringer i disse:	78
Opsummerende svar på evalueringsspørgsmålet: Kunne fokus i supervisionerne holdes på børnesager?:	80
Svaret er JA!	80
Evalueringsspørgsmål: Oplevede deltagerne at det havde betydning, om supervisor havde eller ikke havde specifik børnefaglighed?	81
Svar på evalueringsspørgsmålet	82
Evalueringsspørgsmål:	83
• Hvad var deltagerne mest tilfredse med i supervisionen – og var der noget de var utilfredse med eller efterlyste i supervisionen?	83
• Hvad oplevede deltagerne som fremmede for arbejdet i supervisionsgrupperne?	83
• Hvad oplevede deltagerne som hæmmende for arbejdet i supervisionsgrupperne?	83
Svar på de tre evalueringsspørgsmål	86
Evalueringsspørgsmål: Hvilken positiv og negativ betydning oplevede deltagerne af, at de i nogle grupper kendte hinanden og i andre grupper ikke kendte hinanden på forhånd?	87
Svar på evalueringsspørgsmålene	88
Evalueringsspørgsmål: Hvilken positiv og negativ betydning oplevede deltagerne det havde, at grupperne startede inden supervisor blev tilknyttet til gruppen?	89
Svar på evalueringsspørgsmålet	91
Evalueringsspørgsmål:	92
• Hvad syntes deltagerne selv, de opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i deres rolle i enkelt-sager?	92
• Hvad synes lægerne selv, de ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?	92
Besvarelse af evalueringsspørgsmålene.	96
Opsamling og delanalyse ud fra de seks cases	96
Besvarelse af evalueringsspørgsmålet: Set fra den samlede lægegruppes skriftlige tilbagemeldinger i den afsluttende evaluering.	107
Identifikation	107

Visitation	107
Intervention	108
Opsamling og delanalyse af de skriftlige evalueringssvar fra alle læger vedrørende lægernes udbytte i forhold til projektets målsætning	109
Analyse set fra forskernes perspektiv	110
Henvisninger	115
Kapitel 5.....	117
Ressourceperson.....	117
Evaluerings spørgsmål: Hvilken oplevelse har deltagerne haft mht. at etablere kontakt til en ressourceperson?	117
Storby.....	117
Delanalyse	118
Provinsby	118
Delanalyse	118
Landgruppen	118
Delanalyse	119
Svar på evalueringsspørgsmålet: Hvilken oplevelse har deltagerne haft mht. at etablere kontakt til en ressourceperson?	119
Evaluerings spørgsmål: Hvilke forventninger havde deltagerne til ressourcepersonerne?.....	120
Storbygruppen	120
Provinsbygruppen	120
Landgruppen	120
Svar på evalueringsspørgsmålet	120
Evaluerings spørgsmål: Hvilke erfaringer fik deltagerne undervejs (konkret), herunder hvordan etablerede de kontakt til ressourcepersonerne, og hvordan oplevede de at kontakten fungerede?	121
Storby	121
Provinsby	121
Land	121
Svar på evalueringsspørgsmålet	122
Evaluerings spørgsmål: Hvilke ønsker har de praktiserede læger til en ressourceperson efter at have deltaget i projektet?	122
Storby	122
Provinsby	123
Land	123
Svar på evalueringsspørgsmålet	123
Evaluerings spørgsmål: Hvordan vil de praktiserende læger gerne samarbejde med forvaltningen efter at have deltaget i projektet?.....	124
Storbygruppen	124
Provinsbygruppen	124
Landgruppen	124
Svar på evalueringsspørgsmålet	125
Evaluerings spørgsmål: Ser lægerne andre relevante ressourcer i deres lokalmiljø, de kunne tænke sig at samarbejde mere med fremover, efter at have deltaget i børneprojektet?	125
Storbygruppen	125
Provinsbygruppen	125
Landgruppen	125
Svar på evalueringsspørgsmålet	126
Evaluerings spørgsmål: Skulle projektets del vedrørende ressourcepersonen gøres om, ville lægerne foreslå:.....	126
Storbygruppen	126

Provinsbygruppen	126
Landgruppen	127
Svar på evalueringsspørgsmålet	127
Analyse set fra forskernes perspektiv	127
Kapitel 6.....	131
Porteføljen	131
Brugen af porteføljen.....	131
Evalueringsspørgsmål: Hvordan oplevede deltagerne, at porteføljen fungerede som læringsinstrument?	132
Storbygruppen	133
Provinsbygruppen	133
Landgruppen	133
Svar på evalueringsspørgsmålet	133
Evalueringsspørgsmål: Oplevede deltagerne at porteføljen havde betydning for processen i supervisionsgrupperne?	135
Storbygruppen	135
Provinsbygruppen	135
Landgruppen	135
Svar på evalueringsspørgsmålet	136
Forskernes analyse	138
Henvisninger	139
Kapitel 7.....	140
Andre faglige tiltag.....	140
Evalueringsspørgsmål: Hvad beskriver lægerne at de fik ud af ud at deltage i temadagene?	140
Temadage i løbet af projektet.....	140
Storbygruppen	140
Provinsbygruppen	141
Landgruppen	141
Svar på evalueringsspørgsmålet	141
Evalueringsspørgsmål: Hvad beskriver deltagerne, at de fik ud af de øvrige faglige tiltag?	142
Storbygruppen	142
Provinsbygruppen	143
Landgruppen	143
Svar på evalueringsspørgsmålet	143
Bilagsfortegnelse	145
Bilag 1: Projektbeskrivelse. Når børn har brug for en særlig indsats. Træning af praktiserende læger gennem supervision. 2005.	146
Bilag 2: Kontrakt, supervisorer.	152
Bilag 3: Roller og arbejdsopgaver, formuleret og godkendt i juni 2006.	153
Bilag 4: Midtvejsrapport.....	154
Bilag 5: Fordeling af børnesagerne efter inspiration af Allan Carr.	155
Fordeling af børnesagerne efter inspiration af Allan Carr	155
Bilag 6: Case 1.	158
Bilag 7: Case 2.	161
Bilag 8: Case 3.	165
Bilag 9: Case 4.	169
Bilag 10: Case 5.	172
Bilag 11: Case 6.	175
Bilag 12: Notat om ressourcepersonen.	179

Forord og læsevejledning til rapporten

I denne rapport præsenteres resultaterne fra evalueringen af projektet *Når børn har brug for en særlig indsats – træning af praktiserende læger gennem supervision*.

Rapporten er udarbejdet som den afsluttende skriftlige rapport for evalueringen. Evalueringsrapporten udgår fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København.

Evalueringen er foretaget af cand.cur., ph.d., lektor på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole Bibi Hølge-Hazelton (BHH) og læge, ph.d., MHPE Charlotte Tulinius (CT), der begge har været ansat som seniorforskere på Forskningsenheden for Almen Praksis i København, med opgaven at følge og evaluere projektet i perioden 2005 til 2007. BHH har været frikøbt fra DPU fra 1.4.2005 – 31.12.2007 svarende til 3½ dag om ugen, og CT har været ansat fra 1.4.2005 – 31.8.2007 svarende til 1 dag om ugen. Evalueringsrapporten er udført som del af vores ansættelse. Forskningsleder, dr.med. Hanne Hollnagel fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København deltog i indledende møder vedrørende projektet, hvor kontraktindhold og evalueringens design og metoder blev fastlagt.

Evalueringen af den første halvdel af projektet er uddybende beskrevet i projektets midtvejsrapport og er derfor kun omtalt kort her.

Denne rapport beskriver primært evalueringen af den anden halvdel af projektet. Evalueringen bygger på de nye evalueringsspørgsmål, som projektledelsen udformede i samråd med forskningsleder Hanne Hollnagel efter projektets første år, hvor også evalueringsdesignet blev ændret.

Efter gennemsyn af første udkast til denne rapport med foreløbige resultater af evalueringen i april 2007 ønskede projektets ledelse svar på yderligere

evalueringsspørgsmål. Efter konsultation med fungerende forskningsleder Susanne Reventlow fastholdtes de evalueringsspørgsmål, som dataindsamlingen havde taget udgangspunkt i, i overensstemmelse med det valgte evalueringsdesign for projektets anden halvdel.

Efter fremsendelse af den endelige rapporttekst til orientering af projektledelsen i oktober 2007, forud for den endelige afrapportering til ministeriet, havde projektledelsen en række afklarende spørgsmål og indvendinger til formuleringer i evalueringsteksten. Disse blev sendt til såvel ledelsen for Forskningsenheden for Almen Praksis i København og til forskerne. Forskningsenhedens ledelse lod det være helt op til forskerne, hvorvidt der skulle ageres på disse spørgsmål og indvendinger. Herefter traf forskerne den beslutning, at hvor det på baggrund af det forudgående arbejde var muligt, blev ønsker om uddybning og ændring af få faktuelle misforståelser imødekommet i denne sidste og afsluttende version af rapporten. Dette må anses som en almindelig proces i udarbejdelsen af et dokument af dette omfang.

Projektet har siden start været fulgt af en følgegruppe.

Projektet er finansieret af Sundhedsministeriet og udgår fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København.

Udover denne rapport vil resultaterne af børneprojektets følgeforskning blive formidlet i relevante tidsskrifter som mindst to videnskabelige artikler vedrørende såvel evalueringsmetodologiske som medicinsk-pædagogiske overvejelser.

Rapporten inddelt på følgende måde:

Kapitel 1 er sammenfatning og perspektivering af evalueringens resultater. Sammenfatningen tegner et overordnet billede af den samlede evaluering. De efterfølgende kapitler uddyber de resultater, der præsenteres her. Perspektiveringen er foretaget ud fra følgeforskernes perspektiver.

I kapitel 2 redegøres udførligt for projektets baggrund, udvikling og organisering, herunder projektets teoretiske referenceramme (børnepsykologen Allan Carr)

samt projektets metoder/læringsredskaber: Supervision, temadage, skriftligt materiale, elektronisk portefølje samt skriftlige evalueringsskemaer (LEARN-skemaer).

I kapitel 3 redegøres først overordnet for evaluering som begreb og metode, dernæst udførligt for dette projekts evalueringsforløb, organisering, metoder, analyseramme og fokus. Da der midtvejs i projektet blev truffet beslutning om omlægning af evalueringsdesign, fra procesorienteret til overvejende effektorienteret evaluering, redegøres der detaljeret for dette forløb og dets konsekvenser for evalueringens fokus og udsagnsmuligheder.

Kapitel 4 bygger på projektets observationsstudium, kvalitative interviews samt deltagernes skriftlige evalueringer. Her rettes fokus på de deltagende lægers perspektiv og de tilhørende evalueringsspørgsmål. Der afsluttes med en analyse af det samlede materiale set fra forskernes perspektiv.

Kapitel 5 bygger på projektets observationsstudium, på fokusgruppeinterviews, på deltagernes skriftlige evalueringer og porteføljedata. Kapitlet omhandler projektets ambition om at etablere en kommunal ressourcepersonordning for de deltagende grupper samt erfaringer med det tværfaglige arbejde. Der afsluttes med en analyse af det samlede materiale.

Kapitel 6 bygger på projektets porteføljedata og på projektets observationsstudium. Kapitlet omhandler evalueringen af lægernes anvendelse af projektets elektroniske portefølje. Der afsluttes med en analyse af det samlede materiale.

I Kapitel 7 inddrages alle dele af projektets evalueringsdata. Kapitlet omhandler evalueringen af projektets øvrige læringsredskaber. Der afsluttes med en analyse af det samlede materiale set fra forskernes perspektiv.

Bibi Hølge-Hazelton og Charlotte Tulinius

14. november 2007

Kapitel 1.

Projektets sammenfatning og perspektivering

Projektets sammenfatning og perspektivering

Baggrunden for projektet var viden om, at 15-20% af danske børn mistrives i varierende grad. Jo mindre disse børn er, jo flere somatiske problemer har de, og jo flere kontakter er der til den praktiserende læge. Derfor anses det for vigtigt med en tidlig indsats. Praktiserende læger møder alle børn til børneundersøgelser syv gange fra de er 5 uger til de er 5 år.

Børneundersøgelsens formål er at vurdere, om barnet trives og får en god nok omsorg. Alligevel synes der at være mange børn, der har brug for en særlig og yderligere indsats, der ikke identificeres af de praktiserende læger.

Projektet har på denne baggrund haft som overordnet formål at afprøve, hvorvidt træning af praktiserende læger gennem supervision, kombineret med en række andre læringstilbud, kan styrke den lægefaglige identitet i forhold til en børnesag.

Den overordnede målsætning for deltagerne var, som følge af deltagelse i projektet:

1. At kunne identificere en børnesag
2. At kunne visitere en børnesag lokalt med udgangspunkt i "hvad sagen kræver"
3. At kunne intervenere relevant i en børnesag

Projektet er finansieret af satspuljemidler fra Sundhedsministeriet.

Bevillingshaver er praktiserende læge Lene Flachs.

De grundlæggende læringstilbud i projektet

Det evaluerede projekt er at betragte som et læringsprojekt. De metoder, der er tilbudt deltagerne med henblik på opnåelse af målsætningen for projektet, har vi derfor kaldt for "læringstilbud". Disse har bestået i:

- Supervision med fokus på børnesager af praktiserende læger, 8 til 10 gange årligt i to år.
- Fælles temadage med fokus på børneområdet og lægens rolle for alle projektdeltagere.
- Skriftligt materiale bestående af bøger, artikler, rapporter og nyhedsbreve med fokus på børneområdet.
- Elektronisk portefølje udviklet som læringsredskab til projektets deltagere.

Evalueringsens formål og afgrænsning

Til at gennemføre evalueringen har der været ansat to seniorforskere, i rapporten kaldet *forskerne*. Forskerne vil udover denne afrapportering af evalueringen, skrive mindst to videnskabelige artikler med udgangspunkt i projektets data.

Det overordnede formål med evalueringen har været:

at vurdere hvorvidt supervision som metode kan forbedre praktiserende lægers oplevelse af handlemuligheder i deres arbejde med forebyggelse af omsorgssvigt af børn

Evalueringen er efter projektledelsens ønske besvarelse af spørgsmål inden for følgende overordnede kategorier:

- *Lægedeltagerniveau* – evaluering af projektet ud fra de deltagende lægers perspektiv.
- *Ressourceperson* – evaluering af de deltagende lægers opfattelse af samarbejdet med en ressourceperson.
- *Porteføljen* – evaluering af de deltagende lægers anvendelse og opfattelse af den projektspecifikke elektroniske portefølje.

- *Andre faglige tiltag* – evaluering af de deltagende lægers anvendelse og opfattelse af de øvrige interventioner i projektet: Temadage, udleveret litteratur og skriftlige evalueringsskemaer med mulighed for monitorering af egen læring gennem refleksion.
- *Udviklingen efter projektet* – set fra såvel de deltagende lægers som fra følgeforskernes perspektiv.
- Projektledelsens erfaringer.

Evalueringsdata

På baggrund af projektledelsens ønske er hovedvægten i evalueringsrapporten lagt på deltagernes egne vurderinger af projektdeltagelsens betydning for udviklingen af deres faglige identitet og handlemuligheder i forhold til børnesager. Herudover analyseres evalueringsspørgsmålene set fra følgeforskernes perspektiv. Projektet var oprindeligt planlagt med et aktionsforskningsinspireret procesevalueringsskema, men blev midtvejs ændret til et overvejende effektevalueringsskema.

Projektets data består af:

- Deltagerobservation og video af supervision af 70 børnecases fordelt på tre geografiske supervisionsgrupper foregået i perioden maj 2005 til maj 2007.
- Dybdegående kvalitative interviews med seks af de deltagende praktiserende læger, to fra hver gruppe. Interviewene er foretaget ved projektstart, midtvejs og afslutningsvis, i alt atten interviews.
- Fokusgruppeinterview med hver af de tre grupper ved projektafslutning maj 2007.
- Spørgeskemaer besvaret af de deltagende læger i forbindelse med projektets midtvejsstatus og afslutning samt i forbindelse med anvendelse af porteføljen, besvaret af samtlige deltagende læger på nær en enkelt i den sidste runde.
- Data fra porteføljen omfattende notaterne på i alt 185 registrerede børnesager, i alt 165 A4-sider notater.

- LEARN-evalueringsskema med fem spørgsmål vedr. læringsprocessen. Er udfyldt af alle deltagende læger umiddelbart efter hver supervisionssession og alle temadagene.

Sammenfatning af evalueringen i forhold til projektets delmål

1. At kunne identificere en børnesag

Det er ikke muligt at opstille en bestemt metode for identifikation af udsatte børn, og der findes ingen faste definitioner af, hvad et udsat barn er, hverken i lovgivningen eller i forskningen (Ploug 2007). Dét de fleste er enige om er dog, at udsathed opstår når der er flere faktorer på spil samtidig, og det er ophobningen af disse faktorer, der belaster barnet og som bør undgås (Ibid. 7).

Set fra de deltagende lægers perspektiv oplever de fleste, at deltagelsen i projektet har haft den **effekt**, at de er blevet bedre til at identificere børn/familier med særlige behov i deres praksis.

Af projektets observations- og interviewdel fremgår det med tydelighed, at når praktiserende læger identificerer børn med særlige behov, skelner de ikke mellem børn og forældre. De sager, der har været bragt op i supervisions-grupperne, er således ofte blevet præsenteret med udgangspunkt i et problem hos en af forældrene. Flere projektdeltagere fremhæver også i den afsluttende evaluering, at det, der er blevet helt tydeligt for dem, er betydningen af samspillet mellem barn og forældre, samt af hvor væsentligt det er at huske at tænke på børnene når forældrene af mange forskellige årsager ikke trives.

Set fra et analytisk perspektiv fremstår deltagernes personlige fornemmelser og følelser som mere indflydelsesrige i forhold til arbejdet med identifikation af de udsatte børn, end anvendelse af faglige begreber og teoretiske forståelser.

2. At kunne visitere en børnesag

Kun enkelte af lægerne oplever, at projektet har haft effekt i forhold til dette mål. De resterende angiver, at de ikke har opnået det kendskab til de relevante samarbejdspartnere, de havde troet de ville opnå gennem projektdeltagelsen, og næsten alle efterlyser yderligere træning/efteruddannelse inden for området.

Opgaven omkring etablering af en ordning med en ressourceperson, der skulle fungere som bindeled mellem kommunerne og projektgrupperne, er ikke lykkedes som det var projektets hensigt. Dog lykkedes det for alle tre supervisionsgrupper at afholde møder med repræsentanter fra forvaltningerne. På disse møder fik lægerne bedre indsigt i kommunernes opgaver på børneområdet, men udover disse orienterende møder har der ikke været det intenderede opfølgende samarbejde mellem grupperne og disse kontaktpersoner.

De fleste læger giver i evalueringerne udtryk for, at de ikke har opnået det kendskab til de relevante samarbejdspartnere, de havde troet de ville opnå gennem projektet.

Set i perspektivet af projektets følgeforskning kan det, at denne del af målsætningen har haft ringe effekt, skyldes flere forhold:

- At den konkrete projektorganisering lagde op til, at grupperne selv skulle finde frem til relevante lokale ressourcepersoner og selv få disse engageret i projektet. Dette blev problematisk, fordi opgaven blev opfattet som uklar og vanskelig for flere af de deltagende læger.
- At gruppernes monofaglige sammensætning har medvirket til opbygningen af en stærk professionsidentitet. I supervisionsgrupperne har lægerne kunnet anvende et stærkt "vi", men dermed også en stærk opfattelse af et "de", i betydningen de andre, forvaltningen, sagsbehandlere, pædagoger, lærere, sundhedsplejersker osv.
- At det er en meget stor opgave at nedbryde fordomme og samtidig skulle opbygge en ny samarbejdskultur på tværs af sektorgrænser.

- At det i de møder, der har fundet sted mellem deltagerne og repræsentanter fra forvaltningerne, er blevet tydeligt, at praktiserende læger ikke opfattes som oplagte samarbejdspartnere i børnesager, men kun involveres, når der er tale om somatisk eller psykisk sygdom eller helbreds vurderinger. Dette understreges af, at praktiserende læger stort set aldrig er med i de mange gode eksempler der er på brobygningsarbejder og eksperimenter mellem andre "frontarbejdere" i forhold til børnesager¹.

3. At kunne intervenere relevant i en børnesag

Set fra de deltagende lægers perspektiver oplever hovedparten, at projektdeltagelsen har haft den effekt, at de har fået styrket deres professionelle identitet; de er blevet mere bevidste om, hvad de har af handlemuligheder i deres praksis, og de har fået større overblik over, hvilke børn/familier i deres praksis der har særlige behov. De er således blevet styrket i forhold til indsigt i, hvad de selv kan gøre og selv kan bidrage med i en børnesag.

Hvad de færreste derimod er blevet bedre til er, hvordan de helt konkret kan intervenere i en tværfaglig børnesag. Der er stor mangel på kendskab til, hvad der sker i forvaltningerne, og det tværfaglige samarbejde enten halter eller eksisterer slet ikke. Derfor er det også vanskeligt for lægerne at opstille realistiske mål for interventioner, der rækker ud over deres egen praksis.

Set i perspektivet af projektets følgeforskning hænger den manglende indfrielse af anden del af målsætningen (visitation af en børnesag) nøje sammen med den manglende indfrielse af målet vedrørende intervention af børnesager.

¹ For eksempel Bro-samarbejdet i Valby hvis formål er at sikre en tidlig og relevant forebyggende indsats omkring børn/unge, hvis udvikling er truet; projekt Kvantespring i Helsingør kommune om de svagest stillede gravide og nybagte familier; eller modelprojektet Børn i Misbrugsfamilier i Fyns Amt for blot at nævne nogle få.

For de fleste lægers vedkommende er der opnået langt større bevidsthed om handlemuligheder i forhold til observation, undersøgelse og behandling af børnesagerne i egen praksis, mens det der rækker ud over egen praksis er problematisk.

Sammenfatning af evalueringen i forhold til projektets læringstilbud

Deltagerne er gennem den tilbudte supervision blevet bevidste om betydningen af den samlede kontekst – koblingen mellem barnets og familiens trivsel. De er således blevet tiltagende opmærksomme på betydningen af den samlede kontekst i forhold til dét at identificere en børnesag.

Deltagelse i Børneprojektet har for de fleste deltagende læger betydet, at de oplever sig styrkede i deres evne til at identificere børn med særlige behov/børnesager i deres praksis.

Deltagelse i Børneprojektet har for de fleste deltagende læger givet oplevelsen af en skærpet opmærksomhed over for betydningen af deres egne fornemmelser og følelser, dét nogle kalder "den tavse viden".

Deltagelse i Børneprojektet har haft den effekt, at de fleste deltagende praktiserende læger oplever, at de har fået flere relevante handlemuligheder i forhold til observation, undersøgelse og behandling i egen praksis.

Deltagelse i Børneprojektet har ikke haft nogen væsentlig effekt for deltagende praktiserende lægers opfattelse af egen kunnen i forhold til at visitere en børnesag lokalt med udgangspunkt i, hvad sagen kræver og i forhold til viden om, hvilke professionelle aktører der er relevante at inddrage. Kun for et fåtal af lægerne har det ændret deres opfattelse af kendskabet til egen rolle i sagsforløbet og viden om, hvilke barrierer/ressourcer der er i lokalmiljøet.

Deltagelse i Børneprojektet har generelt ikke haft nogen væsentlig effekt for de deltagende praktiserende lægers oplevelse af at kunne inddrage andre aktører

og afklare egen rolle i det videre forløb samt kunne opstille realistiske mål for interventionen.

Deltagerne er blevet tilbudt undervisning på 4 hele temadage. Tilslutningen har varieret fra 20 til 12 ud af 21 mulige. I såvel den afsluttende skriftlige evaluering som i de afsluttende fokusgruppeinterviews oplyser flere, men ikke alle deltagere, at de er blevet inspireret på disse dage. Inspirationen peger i forskellige retninger: Nogle fremhæver den teoribaserede undervisning og introduktionen, andre erfaringsudvekslingerne med kollegaer, andre det at møde en engageret projektledelse og andre igen det sociale element som udbytterigt. Nogle deltagere oplyser, at de ikke har fundet temadagene anvendelige.

Analysen af LEARN-skemaerne understøtter, at deltagernes selvrapporterede udbytte af temadagene har været forskelligt. En del har oplevet temadagenes emner som inspirerende med et anvendeligt udbytte i den praktiske håndtering af deres børnesager. En del har imidlertid oplevet temadagene som tids- og indholdsmæssigt dårligt udnyttede muligheder.

Der er en klar udvikling på tværs af deltagerne fra den første til den sidste temadag; fra oplevelsen af at skulle orientere sig i forhold til et projekt til oplevelsen at orientere sig i forhold til specifikke forhold og problemer omkring børnesager. Der er også en klar udvikling fra nysgerrighed over for samarbejdet med andre faggrupper til tiltagende frustration over manglende etablering af dette samarbejde. Bekymringen og frustrationen over manglende etablering af samarbejde med andre faggrupper og oplevelsen af ikke at have viden og handlemuligheder til at etablere dette samarbejde er gennemgående for samtlige deltagere på temadag 2, 3 og 4 og med tiltagende desillusion blandt deltagerne.

Som i de øvrige evalueringsdata er det heller ikke i LEARN-skemaerne muligt at identificere en egentlig udvikling i teoretisk eller begrebsmæssig viden omkring børnesagerne. I forhold til identifikationen af børnesagerne oplever deltagerne sig mere sikre, men selv på fjerde og sidste temadag fremstår det som den vigtigste oplevelse for deltagerne, at børnesager lettere kunne håndteres ud fra systematisk analyse, struktur på arbejdet og at der findes fagtermer, som de

kunne prøve at lære. De refererer her til projektets anvendte teoretiske referenceramme som noget, de potentielt kunne arbejde med, men ikke fik gjort.

Deltagerne fik udleveret bogen *"Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach af Allan Carr"* (1000 sider) på projektets anden temadag. Herudover er der udleveret og fremsendt bøger/rapporter/artikler om udsatte børn samt lovgivningsstof. Kun to deltagere fremfører at have læst bogen/dele af bogen af Allan Carr, og disse to deltagere har fundet bogen meget relevant. Blandt resten af deltagerne har bogen overvejende skabt modstand, og de allerfærreste har orienteret sig endog overfladisk i bogen. I evalueringen har lægerne forklaret, at kombinationen af bogens sprog og omfang fik mange til at ignorere den. Dette var naturligvis imod hensigten, der var at introducere lægerne for en af projektets grundlæggende teoretiske inspirationer og derigennem understøtte den undervisning i Carrs modeller, der har fundet sted på nogle af temadagene.

Det øvrige udsendte materiale beskriver deltagerne generelt som relevant og som noget, de enten *har* læst eller *vil* læse ved lejlighed.

Der er ikke i projektets observationsdel observeret nogen tegn på systematisk inddragelse af nogle af disse teoribaserede læringsredskaber, begreber eller modeller. I de deltagende lægers elektroniske portefølje er der kun nogle få enkeltstående notater, der refererer til og forsøgsvis anvender Carrs begreber, men det er uden opfølgning og kun gældende for to af de deltagende læger.

Der er i observationen af supervisionerne og i notaterne i den elektroniske portefølje nogle få eksempler på inddragelse eller henvisninger til for eksempel udsendt materiale om lovgivning på området, men der er ingen eksempler på systematiske drøftelser af materiale eller begreber.

Effekten af disse redskaber må derfor beskrives som blandet, fra overvejende modstandsskabende til delvist oplysende.

Den elektroniske portefølje har været anvendt meget forskelligt af de deltagende læger. Den blev introduceret på projektets første dag med gennemgang af

formål og potentiale som individuelt læringsinstrument for deltagerne – en måde de kunne monitorere deres egen læring løbende, samtidig med at forskerne kunne anvende data som evalueringsdata. Instruktionen til og tilretningen af porteføljen ud fra de indkommende kommentarer blev gentaget på efterfølgende temadage, og der var oprettet flere forskellige typer af support. Alligevel var det kun 3 af de 21 læger, der anvendte porteføljens fulde potentiale. Ca. halvdelen af projektets deltagere anvendte aldrig eller sjældent porteføljen, mens resten anvendte den enten som en slags huskeliste over deres børnesager med meget lidt refleksion og uden opfølgning, eller fordi de havde oplevelsen, at dette skulle gøres af hensyn til projektet.

For langt størstedelen af de deltagende læger blev dette læringstilbud ikke opfattet som en hjælp til læring eller som et tilbud, men mere som en ubehagelig pligt i relation til deltagelse i projektet.

Perspektivering af evalueringen

Der findes ingen fast definition af, hvad et udsat barn er, og derfor heller ikke nogen golden standard eller guideline for, hvordan man identificerer et barn med særlige behov. Men et godt bud på, hvordan man kan styrke professionelle, der arbejder tæt på børn og deres familier på flere fronter, er da bestemt strategien at kombinere undervisning og teori med supervision, hvor fokus er på lægens personlige udvikling på området.

Evalueringens overordnede spørgsmål var en vurdering af, hvorvidt supervision som metode kan forbedre praktiserende lægers oplevelse af handlemuligheder i deres arbejde med forebyggelse af omsorgssvigt af børn.

Ved afslutning af projektet er projektets hovedresultat, at de deltagende læger ved hjælp af supervision som metode kan fastholde fokus på børnesager og opnå en oplevelse af øgede handlemuligheder i egen praksis, mens hovedparten af deltagerne fortsat efter to års projektdeltagelse ønsker at blive bedre til visitation og intervention i børnesager, der rækker ud over egen praksis.

Det er ikke til at sige med sikkerhed, hvad der præcist har påvirket de individuelle lægers udvikling på børneområdet i den 2-årige projektperiode. Nogle deltagere var meget engageret i området allerede ved projektets start, andre har deltaget i parallelle supervisionsgrupper eller har selv taget initiativ til deltagelse i supplerende kurser på børneområdet eller har læst litteratur, der ligger ud over hvad de har været præsenteret for gennem projektet, mens nogle næsten udelukkende har været inspireret af det, der er foregået i samspil med projektet. Fra evalueringens fokus på deltagernes egen oplevelser ved vi, at alle deltagere allerede efter første temadag gav udtryk for, at blot det at deltage i et projekt gav et øget fokus på børnesager i almen praksis. På samme måde er det tænkeligt, at projektets resultat også er udtryk for en afsmitning fra en lang række andre faktorer, der ligger uden for projektets intervention.

Evalueringen har omfattet dataindsamling på flere forskellige niveauer og med forskellige foci. Da det primære læringstilbud var kollektiv supervision, har hovedvægten været lagt på observation af supervisionerne, og da det overvejende evalueringsfokus var på deltagernes egne oplevelser af deltagelse, har hovedvægten været lagt på den samlede gruppe lægers samlede tilbagemeldinger. Herudover har evalueringen inkluderet en række individuelle interviews over tid med udvalgte deltagere, to fra hver gruppe. Disse interviews har bidraget med supplerende viden om enkelte deltageres tænkning og udvikling på børneområdet, parallelt med projektdeltagelsen, herunder også deltagelse i andre børnefagligt orienterede initiativer.

I den 2-årige periode lægerne har deltaget i projektet er de blevet styrket i forhold til at identificere udsatte børn og familier. Men i lægernes formidling af denne styrkelse ses det, at styrkelsen overvejende er baseret på en øget tiltro til lægens egne følelser, fornemmelser og erfaringer og mindre på teoretisk forståelse. I lighed med andre faggrupper, der er "frontarbejdere" i forhold til børn og familier (Ploug 2007), opleves den sammenhængende og uddybende teoretiske viden inden for enkeltområder ikke som praktisk mulig at opnå, ligesom den ikke anses for at være anvendelig i det daglige arbejde. Viden er i stedet hovedsagelig praksis- og erfaringsbaseret, hvilket kan skyldes såvel arbejdets art som traditioner for læring og uddannelse. Dette kunne være en væsentlig forklaring på, hvorfor den del af projektet der har omfattet supervision

evalueres næsten udelukkende positivt, mens den del af projektet der har omfattet mere teoribaserede redskaber har haft ringe gennemslagskraft.

Den øgede tiltro til egne følelser, fornemmelser og erfaringer er en vigtig komponent i arbejdet med behovsbørnene, men det er vigtigt at påpege, at det ene ikke kan fungere uden det andet. Det er meget væsentligt at læger bliver bedre til at lytte til og stole på deres fornemmelser i den korte tid de har med deres patienter i klinikken. Men det er på den anden side uheldigt, hvis dette er uden professionalisering af området. Evalueringen viste, at mange af lægerne ved slutningen af projektet fortsat manglede sprog og begreber fra den børnespecialiserede teoretiske verden til at beskrive det, de identificerede.

Mangel på sprog og begreber fra en teoretisk verden vanskeliggør en kommunikation og systematisk produktion af viden om, hvad det er praktiserende læger rent faktisk observerer; hvad de baserer deres observationer på, og hvad de gør og mener bør gøres i en given sag. Uden dette sprog og denne systematik professionaliseres praktiserende lægers viden ikke i forhold til udsatte børn. Dette er et område der kræver yderligere forskning.

Introduktionen af den skriftlige evaluering og den elektroniske portefølje byggede på den viden, der er omkring medicinsk pædagogik, men introducerede muligvis en læringstradition, en læringskultur, som kun få af de deltagende læger før havde stiftet bekendtskab med og derfor havde vanskeligheder med at tilegne sig.

Konsekvensen var tydelig; langt de fleste af deltagerne i projektet anså såvel porteføljen som de skriftlige formative evalueringer for kontrolinstrumenter til brug for evalueringen af projektet frem for et læringsredskab til monitorering af egen læring.

Understøttet af en teoribaseret målsætning, frem for en målsætning konstrueret ud fra deltagernes behov, kunne evalueringens resultater forklares ved, at projektets målsætning og redskaber blev noget som de fleste af deltagerne skulle acceptere uden at de havde ejerskab til disse. Mange gav udtryk for at det var en slags "tvungen refleksion" eller kontrolmekanisme, når de skulle besvare

spørgsmålene i de skriftlige LEARN-skemaer. Dette kunne også forklare afleveringen af de blanke eller næsten blanke skriftlige evalueringsskemaer og oprettelse af børnesager i den elektroniske portefølje "for evalueringens skyld".

Ønsker til tidsrammer og former for professionalisering vil altid påvirke vægtningen af en teoretisk referenceramme i forhold til sikring af deltagernes ejerskab i et projekt. I en aktionsforskningsinspireret procesevaluering kan tilstrækkelige ressourcer danne mulighed for at justere denne balance, mens det ikke er muligt i effektevaluering.

Evalueringsdesignet var i udgangspunktet procesevaluering med fokus på udvikling, hvorfor der i denne fase indgik individuelle interview med såvel enkelte deltagere, projektets ledelse og projektets supervisorer. Disse metoder blev valgt med henblik på indsamling af viden om individuelle og kollektive udviklingsprocesser.

Ved skift af evalueringsdesign midtvejs til fokus på effekten af projektet fik dataindsamlingen et andet formål. Vi blev nu bedt om at fokusere på, hvordan projektet med dets primære læringstilbud påvirkede lægernes egne opfattelse af det at arbejde med børnesager. Når vi alligevel har valgt at gennemføre interviewene med deltagerne og medtage nogle af disse som cases i denne rapport med beskrivelse af enkelte lægers udvikling, er det, fordi vi kan se at disse generelt kan uddybe den forståelse vi havde fået gennem data fra observationerne.

Det at en enkelt læge i disse interviews giver udtryk for at have arbejdet meget mere intensivt med alle dele af projektets målsætning og ved projektets afslutning angiver *ikke* at have behov for at arbejde yderligere med denne, ændrer ikke ved, at stort set alle andre deltagere ved projektets afslutning har angivet at have behov for yderligere at arbejde med særligt visitation og intervention i børnesager. Selvom det formentlig har betydet en øget opmærksomhed at være nøgleinformant, så er dette et eksempel på, at man ved hjælp af et evalueringsdesign med denne type af metoder og fokus på udvikling både kan beskrive de enkelte lægers læring individuelt såvel som deltagere i en gruppe. Vi har således fastholdt at medtage casene i rapporten på trods af

evalueringsspørgsmålene ikke umiddelbart ligger op til medinddragelse af denne type data.

På baggrund af dette er det vores vurdering, at såfremt man vil lave projekter af denne art fremover, så er det nødvendigt at fokusere på såvel individuelle som kollektive processer, ikke bare med de metoder vi har valgt her, men vedvarende understøttet af et aktionsforskningslignende design med fokus på udvikling og løbende justering i samarbejde med både deltagere, ledelse og forskere.

Gennem dette projekt er det blevet synligt, at praktiserende læger er vitale frontarbejdere i arbejdet med børn og familier med særlige behov.

Lægerne vil gerne bruges i det forebyggende arbejde, vil gerne handle når der opstår problemer og vil gerne inddrages i det tværfaglige samarbejde omkring børnesager.

Skal dette lykkes, har evalueringen af dette projekt vist, at der skal langt mere til, ikke blot en systematisk anvendelse af viden om professionalisering og lægers læring, men også en socialpolitisk og samfundsøkonomisk vilje til at understøtte sådanne initiativer.

Projektet kan dog fungere som en vigtig vejviser, både i forhold til hvad der fungerer og hvad der ikke fungerer.

Henvisninger

Kommissorium for Bro-samarbejdet i Distrikt Valby. Tilgængeligt på:
<http://www.google.dk/search?hl=da&rls=SKPB%2CSKPB%3A2006-40%2CSKPB%3Ada&q=brosamarbejde+valby&meta=>

Model Kvanteforsøg. Evalueringsrapport. Hansen, Wulff og Lindgaard.
Helsingør, 2006.

Model Børn i Misbrugsfamilier, 2001-2003. Evaluering. Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA) 2003.

Ploug N. Socialt udsatte børn. Identifikation, viden og handlemuligheder i daginstitutioner, SFI, 2007.

Kapitel 2.

Projektets formål, organisering, referenceramme og metoder

Projektets formål, organisering, referenceramme og metoder

Med udgangspunkt i den oprindelige projektbeskrivelse (bilag 1), redegøres i dette kapitel kortfattet og deskriptivt for projektets formål, organisering og metoder².

Projektets udgangspunkt var baseret på en viden om, at 15-20% af danske børn mistrives i varierende grad, og at jo mindre disse børn er, jo flere somatiske problemer har de og dermed flere kontakter til den praktiserende læge. Praktiserende læger møder stort set alle børn til børneundersøgelser syv gange fra de er fem uger til de er fem år. Børneundersøgelsens formål er at vurdere, om barnet trives og får en god nok omsorg. Børneprojektet iværksattes, fordi der er mange børn, der har brug for en særlig og yderligere indsats, og fordi disse børn ofte ikke identificeres af de praktiserende læger. Derfor var det projektets hensigt, via træning gennem supervision og undervisning, at øge praktiserende lægers bevidsthed og handlemuligheder inden for dette særlige område. Det var endvidere projektets ambition at forbedre og øge samarbejdet mellem praktiserende læger og relevante samarbejdspartnere på børneområdet i lokalområdet.

Projektet blev finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og ledet af praktiserende læge Lene Flachs og praktiserende læge Kirsten Lykke.

Projektet startede i maj 2005 og er afsluttet i september 2007. For uddybende beskrivelse af projektet henvises til bilag 1 (projektbeskrivelsen).

² Der henvises til projektledelsens delrapport for uddybning af dette.

Formål

På baggrund af et samarbejde³ vedrørende sammenhængen mellem projektets målsætning, metoder, teoretiske referenceramme, aktører og evaluering, justeredes projektbeskrivelsens oprindelige målsætning af projektets styregruppe før supervisionsgrupperne startede. Projektbeskrivelsens beskrivelse af formål og projektets endelige målsætning er således ikke enslydende.

Projektets overordnede formål var:

at styrke den lægefaglige identitet i forhold til en børnesag

Projektets formål søgtes opnået ved hjælp af følgende delmål med tilhørende underspørgsmål:

- At kunne identificere en børnesag
 - Er det en børnesag og hvad bygger du det på?
 - Er det en mulig børnesag?
 - Hvad er det du positivt har taget stilling til, hvis det ikke er en børnesag?
- At kunne visitere en børnesag lokalt med udgangspunkt i "hvad sagen kræver"
 - Hvilke professionelle aktører er relevante at inddrage i denne sag?
 - Hvad er din egen rolle i sagsforløbet?
 - Hvilke barrierer/ressourcer ser du i dit lokalmiljø for visitation (tillid, loyalitet, erfaring, myter)?
- At kunne intervenere relevant i en børnesag
 - Hvad er den relevante intervention: Observation, egen undersøgelse og behandling, inddragelse af andre aktører?
 - Hvordan afklarer du din egen rolle i det videre behandlingsforløb (sagsansvar & sagsstyring)

³ Mellem projektets ledelse, børnefaglige konsulent og følgeforskere.

- Hvad er det realistiske mål for interventionen?

Organisering

Projektet blev organiseret med en projektledelse, en forskergruppe, en styregruppe, en faglig følgegruppe og en procesgruppe. Herudover blev der tilknyttet en børnefaglig konsulent Rikke Schwartz.

Projektet var, på forskernes anbefaling, oprindelig organiseret som et aktionsforskningsinspireret projekt med følgende opgavefordelinger:

Projektledelsen bestod af praktiserende læge Lene Flachs og praktiserende læge Kirsten Lykke, der havde det formelle ansvar for projektplanen og bevillingen i forhold til ministeriet. Herudover var det projektledelsens ansvar at iværksætte interventionen, herunder forberede undervisningen, rekvirere deltagere, tage sig af akut opstået praktiske problemer i forhold til interventionen, samt foretage den afsluttende afrapportering til ministeriet. Projektledelsen underviste også på temadagene. I projektledelsen indgik Karis Hagild som projektsekretær.

Forskergruppen bestod af seniorforsker, ph.d. Bibi Hølge-Hazelton, som var ansvarlig for projektets videnskabelige evaluering af interventionens effekt samt for projektets følgeforskning, og seniorforsker, ph.d. Charlotte Tulinius, som var ansvarlig for projekts procesevaluering samt stod til rådighed for ledelsen som procesvejleder. Forskerne underviste på temadagene i projektets første år og deltog som observatører på andet års temadage. De var ansat på Forskningsenheden for Almen Praksis i København, hvorfra projektet udgik.

Projektets styregruppe bestod af projektledelsen og projektets forskere samt projektets børnefaglige konsulent Rikke Schwartz. Forskerne og konsulenten havde ingen selvstændig beslutningskompetence, men fungerede som sparringspartnere for ledelsen. Møderne blev afholdt med henblik på planlægning, drøftelse og feedback undervejs i projektet.

Projektets følgegruppe bestod af projektets børnefaglige konsulent Rikke Schwartz, ledende overlæge Ole Andersen, socialchef Inge Selck samt praktiserende læge Svend Gade. Efter at have faciliteret processen vedrørende omlægningen af evalueringsdesign og spørgsmål i sommeren 2006 indtrådte forskningsleder dr.med. Hanne Hollnagel i følgegruppen. På grund af langvarig sygdom fik Hanne Hollnagel ikke lejlighed til at deltage i nogen af følgegruppens møder.

Gruppens funktion blev beskrevet i maj 2006 som sparringspartnere for projektets ledelse med et tilbud om at indgå i drøftelser om såvel ad hoc spørgsmål som i ad hoc møder om det videre forløb og som idéforum samt til støtte og vejledning ved behov. Gruppen var ikke defineret med selvstændig kompetence.

Fungerende forskningsleder Susanne Reventlow overtog Hanne Hollnagels funktion som sparringspartner for forskerne og projektledelsen uden dog at deltage i følgegruppens møder.

Procesgruppen bestod af medlemmerne af projektets styregruppe samt projektets tre supervisorer. Denne gruppe mødtes cirka halvårligt med henblik på gensidig orientering.

Projektets børnefaglige konsulent var børnepsykolog Rikke Schwartz, der ud over at fungere som konsulent for projektledelsen deltog som medlem af projektets styregruppe og projektets følgegruppe. Den børnefaglige konsulent har ligeledes deltaget i alle projektets temadage, herunder selv undervist/holdt oplæg på flere af disse.

På baggrund af procesevalueringen i løbet af projektets første år udarbejdede projektledelsen funktionsbeskrivelser med beskrivelser af funktioner og kompetencer for projektledelsen, projektets supervisorer og projektets forskere.

Teoretisk referenceramme

Børnepsykologen Allan Carr's bog 'The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual Approach.' (1999) og særligt Carrs model med de fire

P'er dannede det primære teoretiske grundlag for den oprindelige projektplan, herunder for den endelige konstruktion og gennemførsel af projektet.

De fire P'er er:

1. Predisposing factors (disponerende faktorer)
2. Perpetuating factors (vedligeholdende faktorer)
3. Protective factors (beskyttende faktorer)
4. Provocative factors (udløsende faktorer)

Baggrunden for valget af denne model beskrives i den oprindelige projektbeskrivelse (bilag 1) som et godt udgangspunkt for en beskrivelse af familierne og deres problemer, idet det antages, at evnen til at forstå og fremlægge en kompliceret sag og evnen til at justere indsatsen undervejs kan trænes via analyse af en børneorienteret problemstilling ved hjælp af denne model.

Læringstilbud i projektet

Supervision

Supervision er et begreb, der anvendes forskelligt i såvel praksis som i litteraturen om supervision. Strøbech skriver for eksempel helt enkelt at "supervision betyder at få overblik" (Kaltoft og Thorgaard 2005: 135). I Psykologisk Pædagogisk Ordbog defineres kollegial supervision således:

"Kollegial supervision forstået som indbyrdes, aftalt, støttende, igangsættende og pædagogisk orienteret samtale, hvor en mere erfaren fagfælle hjælper en mindre erfaren med at integrere faglige kundskaber og holdninger, således at fagfællen bliver bedre i stand til at agere i forhold til sit fags teorier og metoder; der er tale om en faglig dialog, som giver muligheder for i et kollegialt forum at behandle det der kan være svært i dagligdagen" (Psykologisk Pædagogisk Ordbog 14. udgave, side 440).

Danmarks Lærerforening beskriver at supervision er kendetegnet ved

- At være støttende og udviklende.
- At have den faglige udvikling som mål.
- At inddrage de faglige og personlige ressourcer.
- At være procesorienteret.
- At være tidsafgrænset (Danmarks Lærerforening 2006).

Børneprojektets overordnede læringstilbud var supervision af praktiserende læger, organiseret i tre grupper i henholdsvis en storby, en provinsby og et landområde. Hver gruppe bestod af 7 praktiserende læger. Hver gruppe skulle ledes af en erfaren supervisor.

Oprindelig var det projektledelsens ønske, at alle supervisorer skulle være praktiserende læger, men på grund af rekrutteringsvanskeligheder kom supervisorgruppen til at bestå af to praktiserende læger med Dansk Selskab for Almen Medicins supervisoruddannelse (for uddybning se Kalltoft og Thorgaard 2005) og en praktiserende børnepsykolog, der var specialist og supervisor i børnepsykologi (godkendt af Dansk Psykolog Forening).

De tre supervisionsgrupper holdt otte til ti møder á to til tre timer over en periode på to år. Honorering af lægerne for deltagelse i supervisionen og af supervisorerne var en del af projektets budget.

Supervision var ikke eksplicit defineret i projektet/projektbeskrivelsen, men blev i den oprindelige projektbeskrivelse beskrevet på følgende måde:

"Supervision er for mange praktiserende læger en velkendt arbejdsmetode. I mange år har læger styrket arbejdet i konsultationen gennem supervision af videoer og lydbånd af konsultationer. Sjældent har disse dog fremstillet konsultationer med børn. I supervisionsgruppen kan analyse og forståelse trænes. Forslag til egen indsats eller behov for inddragelse af andre professionelle drøftes" (bilag 1 side 5).

Af de skriftlige kontrakter, der blev indgået med projektets supervisorer, står der om supervisorernes funktion, at de skal *"supervisere inden for projektets målsætning"* (bilag 2).

I det konkrete projekt var der tale om to former for supervision: kollegial supervision og ikke-kollegial supervision⁴ der var fagligt fokuseret på børnesager.

Supervision som begreb samt supervisorernes roller blev løbende debatteret i projektets startfase af projektets styregruppe, og det blev besluttet af projektets ledelse, at man ikke ønskede at blande sig i den konkrete supervisionsform, eller i hvilke metoder grupperne skulle arbejde med, så længe der var fokus på børnesager, deltagerne mødte frem og deltog konstruktivt på møderne.

Supervisorerne fik mulighed for at deltage ulønnet i projektets fælles temadage; ingen af supervisorerne valgte dog at deltage.

Supervisorerne deltog i halvårlige møder med projektledelsen og fik mulighed for at arrangere et aflønnet møde udelukkende med deltagelse af supervisorerne og en af forskerne, hvilket de benyttede.

Fælles temadage

Alle projektets deltagende læger har været inviteret til fire hele undervisningsdage:

- Den 20. maj 2005 i Roskilde med introduktion til det samlede projekt, Allan Carrs model med de 4 P'er, den elektroniske portefølje samt evalueringsdelen.
- Den 11. oktober 2005 i Nykøbing Falster med fokus på hvem behovsbørn er, efterfulgt af gruppearbejde samt introduktion og læsevejledning til Allan Carrs bog.
- Den 27. april 2006 i København med fokus på projektets målsætning samt kommunikationsøvelser med et interaktivt teater.
- Den 21. november 2006 i Næstved med fokus på den praktiserende læges rolle i børnesagen.

⁴ For uddybning af supervisionsbegrebet henvises til den omfattende internationale litteratur på området.

Temadagene blev planlagt af projektets ledelse med bistand fra projektets konsulent samt i diskussion med projektforskerne (sidstnævnte kun for temadagene i projektets første år). Temadagenes indhold var dels organiseret omkring de faglige temaer, projektet gerne ville formidle, dels med udgangspunkt i forskernes statusrapporter, hvoraf det fremgik, hvilke problemstillinger der var fokus på/ikke fokus på i grupperne.

Skriftligt materiale

Projektledelsen udsendte løbende nyhedsbreve til deltagerne. Nyhedsbrevene havde til formål at formidle nyt fra projektet, referater fra temadage, give ideer, udveksle erfaringer, omtale artikler, bøger, links samt orientere om relevante møder. Projektets deltagere blev opfordret til at skrive til nyhedsbrevene og/eller indsende ideer med mere.

Alle projektdeltagere fik på projektets anden temadag udleveret børnepsykologen Allan Carrs bog *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual Approach*. Bogen dannede teoretisk grundlag for projektets baggrund og konstruktion. Bogen blev introduceret på temadagen den 11/10 2005 og senere uddybet på de efterfølgende temadage.

Bogen *Mor og barn i Ingenmandsland* af M. Broden blev udsendt til alle deltagerne.

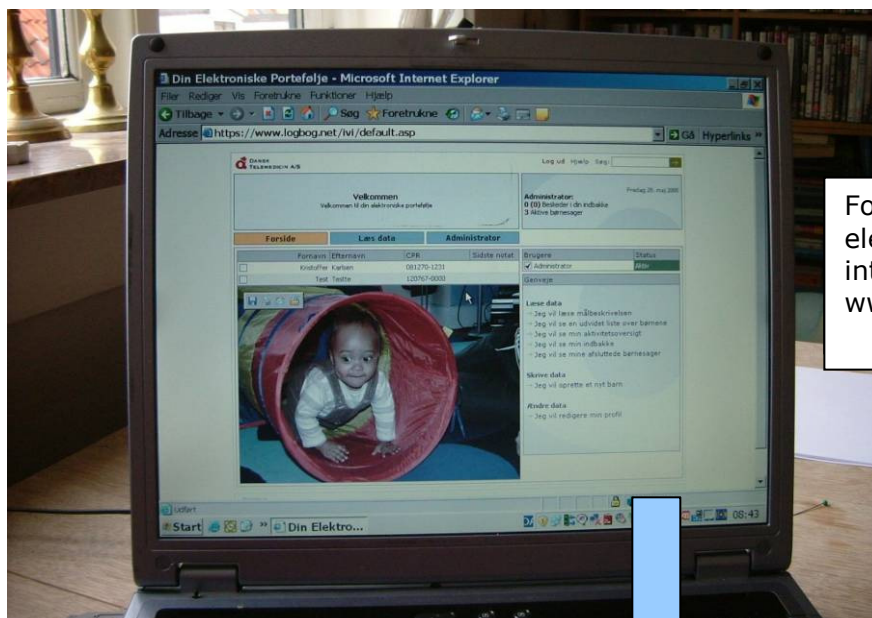
Herudover blev *Håndbog om hjælp til børn og unge gennem dialog og samarbejde med forældrene* (Socialministeriet 2004), en række artikler, projektbeskrivelser, rapporter samt links løbende udsendt til deltagerne sammen med projektets nyhedsbreve.

Elektronisk portefølje

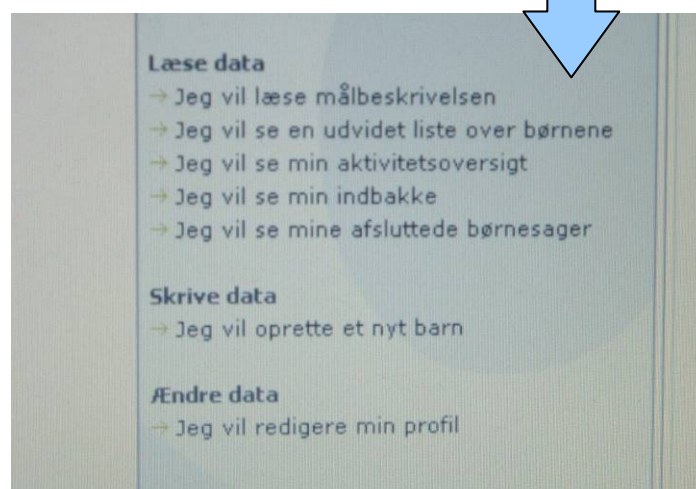
Som yderligere redskab fik lægerne en personlig elektronisk portefølje stillet til rådighed. Porteføljen var udviklet til projektet og tilpasset målsætningen. Porteføljen kan ses i demoversion på www.logbog.net/ivi (indtast max som brugernavn og max som adgangskode).

Porteføljens elementer blev foreslået af forskerne og godkendt af projektledelsen, både initialt før projektets start og i forhold til den løbende udvikling. Den blev udviklet i samarbejde med Dansk Telemedicin A/S ud fra erfaringerne med den elektroniske portefølje for læger, der er under speciallægeuddannelse til almen praksis. De af deltagerne der var tutorlæger for denne type af uddannelseslæger kendte således til konceptet for den elektroniske portefølje.

Porteføljen var klar til brug fra første dag i projektet (temadagen d 20. maj 2005), hvor den blev demonstreret, og alle deltagerne fik udleveret brugernavn og kodeord.



Forsiden til den elektroniske portefølje på internettet:
www.logbog.net/ivi



Fra projektets start indeholdt den elektroniske portefølje følgende elementer:

- Kartotek til oprettelse af børnesager med mulighed for løbende at knytte kommentarer til den enkelte sag.
- Liste over aktuelle børnesager til hurtigt overblik.
- Udvidet liste over børnesagerne, inkluderende afsluttede børnesager.
- Læringsdagbog til mere ustrukturerede refleksioner og overvejelser, der går på tværs af børnesagerne.
- Projektets målsætning.
- Oversigt over egen aktivitet (hvor mange sager, hvornår logget ind, hvilke funktioner er udført og anvendt).
- Postsystem med indbakke til modtagelse og afsendelse af beskeder og materiale mellem deltagerne og projektets forskere og projektledelsen. Denne funktion var koblet med deltagernes e-mailsystem, således at der blev givet besked til deltagernes e-mailsystem, hvis de fik en besked i porteføljens postsystem.
- Profil til indtastning af egne telefonnumre og mail-adresser, således at beskeder kunne indtales/sendes til den enkeltes egen portefølje fra (mobil)telefon, fax og e-mail.

For at støtte de deltagende læger i deres læring i forhold til projektets målsætning blev porteføljen struktureret efter denne. Ved oprettelse af notater på børnesagerne blev lægen således bedt om at afkrydse, hvilken del af børneprojektets målsætning den aktuelle kommentar kunne relateres til; var notatet relateret til identifikation af en børnesag, visitation af en børnesag – eller intervention i en børnesag? Dette anvendes i porteføljer for at hjælpe den lærende til at fastholde fokus for læringen.

Der blev udleveret en manual til brugen af porteføljen i papirform, og deltagerne blev instrueret i, hvor de kunne finde samme manual på internettet. Deltagerne blev tilbudt support via mail og telefon i brugen af manualen både af teknisk art ved Dansk Telemedicin A/S og support via mail af mere indholdsmæssig karakter ved forskerne.

På baggrund af deltagernes erfaringer med porteføljen supplerede forskerne undervejs i projektet med følgende funktioner:

Direkte kontakt fra forskerne med henblik på opgradering og ekstra support (fra januar 2006).

Filbibliotek til relevante artikler, billeder e.l. (fra 27. april 2006).

Mulighed for at invitere projektkollegerne til diskussion af en børnesag i et lukket forum på internettet i relation til porteføljen (fra 21. november 2006).

Undervejs i projektet viste det sig, at mange af lægerne kun brugte porteføljen sjældent, eller aldrig kom i gang. Med udviklingen af mange 'sjældne eller aldrig brugere' af porteføljen og fordi de læger, der anvendte porteføljen, fandt det unødvendigt, blev struktureringen i forhold til målsætningen omdannet til en tilvalgs mulighed frem for et krav (21. november 2006).

LEARN-skemaer

LEARN-skemaet er udviklet med henblik på formativ evaluering, dvs. med fokus på udviklingen i en læreproces, og anvendt i flere danske almenmedicinske læringsprojekter (se eksempelvis Tulinius C og Kjær NK 2003).

Spørgeskemaet blev uddelt efter hver temadag, og hver gruppe fik tilsendt et bundt skemaer til udfyldning efter hver supervisionssession. Spørgsmålene var:

1. Hvad er det vigtigste jeg har lært i dag?
2. Hvad står stadig uklart?
3. Hvad vil jeg gerne lære mere om?
4. Hvad kommer jeg til at bruge i fremtiden?
5. Hvordan har jeg haft det med dagens undervisning/supervision?

Øverst var plads til at udfylde dato, gruppenavn og brugernavn (samme brugernavn som udleveret til porteføljen).

Henvisninger

Broden M. Mor og barn i Ingenmandsland. Intervention i spædbarnsperioden. Gyldendal, 1998

Carr A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual Approach. Brunner-Routledge, 2003/1999

Kaltoft S. & Thorgaard L. (red.) Lægen som lægemiddel. Forlaget Månedsskrift for Praktisk Lægegering, 2005

Tulinius C, Kjær NK, Projekt læring i praksis - Et aktionsforskningsprojekt i Sønderjyllands amt - Del 2, intervention og evaluering, (2003) kan rekvireres fra Afd. for Forskning og Lægelig videreuddannelse i Sønderjylland, Region Syd

Socialministeriet. Håndbog om hjælp til børn og unge gennem dialog og samarbejde med forældrene, Nørhaven Book, 2004

Kapitel 3.

Projektets evalueringsmetoder - spørgsmål og datamateriale

Projektets evalueringsmetoder - spørgsmål og datamateriale

I dette kapitel redegøres først overordnet for evaluering som begreb og metode, dernæst for den konkrete evaluerings forløb, organisering, analyseramme og fokus. Der redegøres endvidere for de forskellige anvendte metoder i dataindsamlingen samt for de forskellige data, der indgår i den samlede evaluering.

Hvad er evaluering?

Fra projektets start var det hensigten, at der skulle knyttes videnskabelig evaluering til projektet, og at denne skulle pågå i projektets samlede proces. På grund af evalueringsbegrebets mangfoldighed og common sense indgåelse i hverdagssproget gives her en kort uddybning af evaluering som begreb og model.

Evaluering som begreb

Timm beskriver evaluering kort som *systematisk vurdering* (1999) og påpeger, at begrebet er et common sense begreb med langt fra tydelig indholdsmæssig betydning.

Olsen og Rieper skriver, at evalueringsbegrebet er rummeligt og derfor vanskeligt at afgrænse, og definerer begrebet således:

”Evaluering er systematiske indsamlinger af informationer og data, der giver grundlag for at skabe viden om gennemførelse, organisering og virkninger af konkrete indsatser, der er sat i værk for at påvirke forhold i samfundet. Evalueringer gennemføres med henblik på praktisk anvendelse, hvilket kan ske gennem formidling af resultater undervejs eller efter at evalueringen er gennemført ” (Olsen og Rieper 2004:16).

Dahler-Larsen og Krogstrup anvender denne definition på evaluering:

”Ved evaluering forstås en systematisk, retrospektiv vurdering af organisering, gennemførelse, præstationer og udfald af offentlig politik, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlingssituationer” (2001:14).

De to sidste definitioner har flere sammenfald, men adskiller sig på nogle centrale punkter ved blandt andet at tale om henholdsvis indsamling og vurdering, henholdsvis en efterstræbelse af en ”objektiv” position og af en værdiladet position. Evaluering kan således betragtes som henholdsvis et instrument eller som et arbejdsområde.

Evaluering som model

Evaluering opdeles stort set i tre typer i litteraturen og i praksis, nemlig i

1. effekt- eller resultatevaluering,
2. monitorering og
3. formativ eller procesevaluering.

I dette afsnit fokuseres på effektevaluering og procesevaluering, idet det er de to evalueringsmodeller, der har været anvendt i nærværende projekt.⁵

Procesevaluering

Formativ eller procesevaluering er kendetegnet ved interaktion mellem evaluator og indsatsens aktører under evalueringsprocessen. Evalueringen sigter på, at

⁵ Monitorering beskrives som regelmæssige evalueringer af offentlige indsatsers opgavevaretagelse og output. For uddybning se for eksempel Albæk og Rieper 2003.

resultaterne løbende kan implementeres med henblik på at udvikle indsatsen. Denne evalueringsform er beslægtet med deltagerorienteret evaluering/empowerment eller aktionsforskningsorienteret evaluering, og der spørges for eksempel:

- Hvordan gennemføres indsatsen?
- Hvordan forklares en mangelfuld proces?
- Hvordan forbedres indsatsen sideløbende med evalueringen?

Styrkerne ved denne type evaluering er, at indsatsen får støtte via evaluator, at der løbende kan identificeres elementer som hæmmer eller fremmer modtagelsen for målgruppen og muliggør forbedring af indsatsen, og at den skaber potentiale for teoriudvikling.

Svaghederne er, at effekter ikke er omfattet, og at evaluators rolle er vanskelig på grund af pres fra såvel indsatsen som fra rekvirenten (Olsen og Rieper 2004).

Effektevaluering

Effektevaluering undersøger resultatet af en indsats og anvendes ofte, når der overvejes ændringer af en eksisterende praksis og der er behov for viden om, hvordan denne rent faktisk fungerer, eller der via forsøgsordninger fremskaffes viden om, hvilke resultater der kan opnås ved at gribe tingene anderledes an.

Styrkerne ved denne type evaluering er, at der er tale om en simpel logik, og at evaluator er uden for processen.

Svaghederne er, at der ses bort fra utilsigtede konsekvenser og skjulte dagsordener ved gennemførelsen af indsatsen (Olsen og Rieper 2004), og herudover, at der ikke er mulighed for løbende at justere projektets intervention og forløb på baggrund af evalueringen.

Evalueringen i det konkrete projekt

I projektbeskrivelsen for "Når børn har brug for en særlig indsats. Træning af praktiserende læger gennem supervision", er det overordnede formål med evalueringen:

”at vurdere, hvorvidt supervision som metode kan forbedre praktiserende lægers oplevelse af handlemuligheder i deres arbejde med forebyggelse af omsorgssvigt af børn. Dette gøres ved at følge og beskrive interventionens betydning, herunder de deltagende lægers forestillinger om ”behovsbørn” og deres egen rolle i forhold til disse før og efter deltagelse i projektet”.

Ligesom i al anden forskning skal design og metoder i et evalueringsprojekt passe til, hvad det er man vil med projektet – og til måden projektet er opstillet på.

Da forskerne skulle foreslå evalueringsmetoder og –design, der var hensigtsmæssige for netop dette projekt, måtte de derfor stille spørgsmålene:

1. Hvad vil projektledelsen gerne opnå med projektet?
2. Hvilke redskaber og strategier har de valgt for at opnå det de gerne vil?

Men det er også vigtigt, at evalueringsmetoder og design benytter sig af den eksisterende viden, ikke bare om hvordan læring foregår, men også om hvilken slags arbejde det er praktiserende læger har – og hvordan rammerne er for arbejdet.

I valget af metoder og design så forskerne på den oprindelige projektbeskrivelse, som bevillingen var givet på fra Sundhedsministeriet (bilag 1).

Formålet var:

At øge praktiserende lægers kendskab

- til egne kompetencer og styrke disse kompetencer
- til deres position og de muligheder det giver

At styrke

- de praktiserende lægers funktion som visitator og med-tovholder
- grundlaget for samarbejde mellem almen praksis, sundhedsplejen mv.

Det vil sige, at formålet var at øge de deltagende praktiserende lægers kendskab til egne kompetencer og position, samt at styrke funktion og samarbejde omkring børnene. Projektbeskrivelsen lagde allerede fra starten op til, at de

deltagende læger skulle blive bedre til at håndtere børn, der har brug for en særlig indsats. Men hvordan bedre?

Skulle de deltagende læger erhverve sig ny lærebogsviden – eller var det mere at arbejde med deres egne børnepatienter – og på den måde få rutine med det, de allerede vidste i forvejen? Eller var det begge dele? For at klargøre, hvilken slags projekt det var projektledelsen ønskede – for at gøre det mere konkret – mere håndgribeligt hvad formålet var, altså ”hvordan bedre” - foreslog forskerne projektledelsen, at projektet fik en målsætning som tog udgangspunkt i, hvor de deltagende læger var i forhold til børneområdet. En konkret målsætning, som beskrev hvad der var målet for arbejdet i projektet med udgangspunkt i, hvad de deltagende læger fandt vigtigt og svært. Spørgsmålet var således: Hvad er vigtigt at arbejde med, når man sidder som praktiserende læge og gerne vil være bedre til at arbejde med de af patienterne, som er børn eller familier med børn?

Målsætningen blev udarbejdet af projektledelsen og den børnefaglige konsulent med støtte fra forskerne. Som forskere på et aktionsforskningsinspireret projekt havde forskerne foreslået, at deltagerne deltog i udformningen, men dette fandtes ikke muligt. Målsætningen, som blev produceret som et lamineret ark og uddelt til alle deltagere i projektet, kom til at se således ud:

Overordnet: at styrke den lægefaglige identitet i forhold til en børnesag

- **At kunne identificere en børnesag**

- Er det en børnesag og hvad bygger du det på?
- Er det en mulig børnesag?
- Hvad er det du positivt har taget stilling til hvis det ikke er en børnesag?

- **At kunne visitere en børnesag lokalt med udgangspunkt i ”hvad sagen kræver”**

- Hvilke professionelle aktører er relevante at inddrage i denne sag?
- Hvad er din egen rolle i sagsforløbet?
- Hvilke barrierer/ressourcer ser du i dit lokalmiljø for visitation (tillid, loyalitet, erfaring, myter)?

- **At kunne intervenere relevant i en børnesag**

- Hvad er den relevante intervention: Observation, egen undersøgelse og behandling, inddragelse af andre aktører?
- Hvordan afklarar du din egen rolle i det videre behandlingsforløb (sagsansvar & sagsstyring)
- Hvad er det realistiske mål for interventionen?

Projektets mål var således, at praktiserende læger skulle "blive bedre til at håndtere børn der har brug for en særlig indsats" ved blive bedre til at identificere, visitere og intervenere i børnesager.

Projektets intervention var 8-10 gruppesupervisioner pr. år i hver af de tre grupper med udgangspunkt i lægernes egne børnesager fra praksis.

Arbejdet i projektet skulle altså tage udgangspunkt i arbejde med patienter, der naturligt forekommer i almen praksis; grupperne skulle have en ressourceperson tilknyttet, og deltagerne fik derudover mulighed for at anvende en elektronisk portefølje. Derudover blev det besluttet, at deltagerne skulle have udleveret litteratur og inviteres til temadage med fokus på praktiserende lægers håndtering af børnesager.

Fordi projektet tog udgangspunkt i arbejdet i almen praksis er det vigtigt at forholde sig til, hvilken slags arbejde der foregår i almen praksis – og hvordan rammerne er for det; og fordi forskerne skulle forholde sig til udvikling i læring blandt deltagerne, måtte vi integrere det, man ved om læringskulturen i praksis. Læringskulturen er bl.a. afhængig af arbejdets art, rammerne for arbejdet og de vilkår, der er for arbejdet inden for rammerne.

I mange beskrivelser er praktiserende læger problemknusere (se eksempelvis RCGP 2007). Men problemerne skal ikke bare løses på en hvilken som helst måde – problemløsningerne er underlagt visse krav. Det skal være i overensstemmelse med kliniske retningslinjer - good medical practice, men det skal også være i overensstemmelse med patientens behov og muligheder. Det at patienterne ikke er henviste – de kommer når de selv mener at der er noget galt

– betyder, at størstedelen af patienterne er raske – eller næsten raske – i modsætning til patienterne på hospitalet, hvor størstedelen er syge. Dette betyder noget for målet med praktiserende lægers arbejde i forhold til det arbejde, der udføres af f.eks. læger på hospitalet. Den engelske professor i almenmedicin Marsha Marinker har udtrykt forskellen således:

“GPs in solving problems have to tolerate uncertainty, explore probability and marginalise danger, whereas hospital specialists have to reduce uncertainty, explore possibility and marginalise error” (professor i almen medicin M. Marinker)

At kunne leve med usikkerheden i det professionelle virke som praktiserende læge er essentielt, uanset hvilken type af patient det er, og uanset hvorfor patienten kommer.

De valgte metoder

Da der skulle vælges evalueringsmetoder var det derfor vigtigt, at det var metoder som kunne opfange udviklingen i håndtering af usikkerhed, opfattelse af muligheder og sandsynligheder og de deltagende lægers oplevelse af at kunne håndtere mulig fare i børnesager. At langt den største del af praktiserende lægers arbejde ikke er opsøgende betød, at et øget fokus på en speciel type af sager – en speciel type af patienter – kunne komme i konflikt med projektets målsætning.

Skulle lægerne til at være opsøgende på børneområdet – eller i hvert fald mere opsøgende end de normalt er i forhold til andre patienttyper?

Det var derfor vigtigt at vælge evalueringsmetoder, der kunne opfange lægernes kollektive udvikling i supervisionsgrupperne (observationer) og individuelle udvikling (interview og portefølje) i forhold til holdninger og opfattelser af arbejdsrammerne. Da supervision udgør projektets primære læringstilbud er hovedvægten i såvel dataindsamling som analyser lagt på data indsamlet under supervisionssessionerne (observation, feltnoter, video og LEARN-skemaer). Dette udgør da også hovedparten af data. Disse data fokuserer på lægernes kollektive læreprocesser. Som supplement til observationsdata blev det valgt at følge 6 deltagere med individuelle kvalitative interviews henholdsvis før, midtvejs og

afslutningsvis. Disse interviews har givet mulighed for på et dybere niveau at få indblik i enkelte lægers parallelle tænkning og udvikling - det vil sige hvad der er sket samtidigt med at de har været med i projektet - i forhold til det at være praktiserende læge for børn og familier.

En del af projektets intervention fokuserede også på lægernes samarbejde med andre instanser der har børnesager. Praktiserende læger arbejder – uanset typen af patienter – med mange forskellige samarbejdspartnere, og de evalueringsmetoder der blev valgt skulle kunne opfange en udvikling i samarbejdet med sociale myndigheder og andre ressourcepersoner, der også arbejder med børn med særlige behov.

Metoderne til evaluering skulle altså kunne vurdere udviklingen i:

- lægernes oplevelse af at kunne håndtere usikkerhed, opfattelser af muligheder og sandsynligheder og håndtere mulige faresignaler i relation til børnesager.
- lægernes holdninger og opfattelser af rammerne for arbejdet med børnesager.
- lægernes samarbejde med sociale myndigheder og andre ressourcepersoner, der også arbejder med børn med særlige behov.

Valget af evalueringsmetoder faldt derfor på metoder, der først og fremmest kan opfange netop opfattelser, oplevelser og holdninger. Der var således overvejende tale om et design funderet på kvalitative metoder, der netop er velegnet til at indfange subjektive perspektiver.

Der blev valgt metoder som kunne måle både direkte på supervisionssessionerne, men også metoder der kunne opfange alt det der er foregået "uden om supervisionen". Disse metoder var: observation med video, individuelle interviews samt fokusgruppeinterviews, skriftlige evalueringer, portefølje og LEARN-skemaer.

Herunder redegøres kort for evalueringens observations- og interviewmetode.

Observation

Som medlemmer af samfundet foretager vi alle observationer af hverdagslivet som hjælper os med at tolke andres handlinger og reaktioner. Denne mængde af common sense fungerer som en basis for al viden og erfaring, hvad enten det er for lægpersoner eller forskere. Men hvad der adskiller dem er systematikken og intentionaliteten bag den videnskabelige observation.

Observation er sammen med deltagerobservation, interviews og eksperimentelt design den første og mest anvendte form for forskning (jf. Adler & Adler 1998:79). Men videnskabelig observation er ikke et tydeligt begreb. Afhængig af det videnskabelige paradigme, det anvendes indenfor, kan observation betyde meget forskelligt. Kvantitativ observation udført i prækonstruerede, kontrollerede og standardiserede omgivelser er væsentligt forskellig fra observationer udført inden for den kvalitative tradition.

“Qualitative observations are fundamentally naturalistic in essence; they occur in the natural context of occurrence among the actors who would naturally be participating in the interaction, and follow the natural stream of everyday life. As such, they enjoy the advantage of drawing the observer into the phenomenological complexity of the world, where connections, correlations, and causes can be witnessed as and how they unfold. Qualitative observers are not bound likewise by predetermined categories of measurement or response, but are free to search for concepts or categories that appear meaningful to subjects” (Adler & Adler 1998:81).

Observation inden for det kvalitative paradigme er heller ikke et enkelt begreb, idet det anvendes forskelligt inden for forskellige traditioner afhængig af, hvilken teoretisk position man har, hvilke spørgsmål der stilles, og hvilken profession der stiller dem. Observatører kan antage en mængde forskellige roller fra den passive betragter til den involverede aktive deltager.

I det konkrete projekt foregik observationsstudierne åbent med anvendelse af såvel notatskrivning som videooptagelse. Notaterne blev skrevet ned så tæt på det, der blev sagt og gjort, som muligt. Det er hvad Spradley (1979) kalder “The Condensed Account” og Lofland og Lofland “Jotted Notes”.

Som yderligere dokumentation for observationsstudiet blev supervisionsseancerne samt temadagene videooptaget. Videooptagelserne havde til formål at supplere observationerne. I projektets analysefase blev alle notater skrevet ud og suppleret med ordrette afskrifter fra videoer og med notater vedrørende ikke-verbaliserede observationer, for eksempel kropssprog.

I dette projekt indgår et omfattende observationsstudium, der er suppleret med andre typer af data, hvilket er en væsentlig komponent i forhold til analysernes validitet.

Individuelle interviews

"Interview er velegnede til at udfolde mangefacetterede og ofte modsætningsfulde italesættelser af erfaringer, oplevelser, orienterings- og tolkningsrammer. Det materiale der medieres gennem metoden, er medieret gennem de talte ord og gennem kropssprog. Det fæstnes i båndoptagelser, måske i videooptagelser, og dernæst i detaljerede transskriptioner suppleret med interviewerens noter efter interviewet" (Staunæs og Søndergaard 2005:54)

Der er fra dette projekts opstart foretaget en række kvalitative interviews:

De interviews der er foretaget med seks udvalgte deltagere henholdsvis før supervisionens opstart, midtvejs i projektet samt efter interventionens ophør. De seks deltagere, der er fulgt gennem hele projektforsløbet, er valgt ud fra følgende kriterier: to deltagere fra hver gruppe, en af hvert køn, variation i forhold til alder, antal år i praksis samt praksisform, med henblik på maksimal variation.

Det første interview med deltagerne tematiserede dels lægernes professionsidentitet og dels lægernes oplevelse af børn/udsatte børn med fokus på individuelle lærings-/supervisionstemaer. Disse temaer blev der fulgt op på i de efterfølgende interviews, ofte kombineret med indsigter fra projektets observationsdel.

Eksempel:

- I det første interview med en af de deltagende læger gav vedkommende udtryk for, at et af de væsentligste lærings-/supervisionstemaer for vedkommende var at få mod til at tage de svære emner op med forældre.
- I det andet interview indgik dette tema i interviewguiden, og der blev spurgt ind til hvordan vedkommende oplevede, at det var gået med at tage svære emner op med forældre, og hvad der evt. havde medvirket til at dette enten havde ændret sig eller ikke havde ændret sig. Havde vedkommende ikke arbejdet direkte med problematikken, var der ofte andre deltagere i supervisionsgruppen der havde, hvilket så indgik som refleksionsbaggrund for denne del af interviewet.
- I det afsluttende interview tages temaet op igen og interviewpersonen fik lejlighed til at reflektere over temaet i lyset af det samlede projekt.

Ud over de individuelle temaer indeholdt interviewguidene spørgsmål relateret til projektets målsætning og metoder.

At de samme læger er interviewet og observeret i en periode på 2 år ses således som en væsentlig styrke ved projektets design.

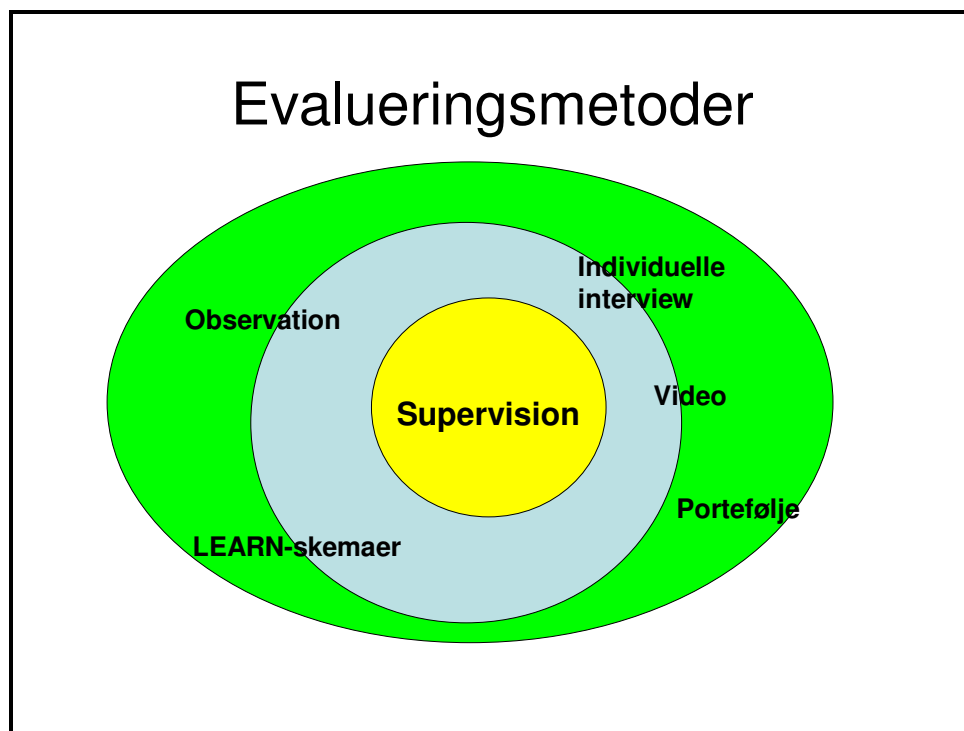
Fokusgruppeinterviews

Et fokusgruppeinterview er:

“...a research technique that collects data through group interaction on a topic determined by the researcher. In essence, it is the researcher’s interest that provides the focus, whereas the data themselves come from the group interaction” (Morgan D.L. 1997)

I projektet er der foretaget fokusgruppeinterviews med de tre projektgrupper efter projektets afslutning. Formålet med disse interviews var dels at afrunde det samlede forløb med fokus på deltagernes oplevede udbytte og sammenhæng. Formålet var også at afrunde den del af forskningsprocessen, lægerne havde deltaget i, med henblik på at give dem mulighed for kollektivt at drøfte

betydningen af deltagelsen i et projekt af denne karakter, herunder at være blevet observeret/videoptaget i supervisionssammenhænge.



Det der er foregået direkte i supervisionen er således vurderet ved observation og video, dybdegående kvalitative interview med seks læger løbende gennem hele projektets tid, og ved LEARN-skemaerne – skemaet med de 5 overordnede spørgsmål til den læring der foregik under supervisionen.

Uden om supervisionen er der evalueret ved hjælp af observation og med videoer under temadagene samt med LEARN-skemaer efter temadage, dvs. den samme type af metoder. De eneste data, der ligger "helt uden for supervisionen", er data fra den elektroniske portefølje. Den elektroniske portefølje var primært udviklet som et personligt læringsredskab, hvor den enkelte deltager i projektet kunne holde styr på sine børnesager og følge med i sin egen udvikling og læring i løbet af børneprojektet. Men den elektroniske portefølje for alle deltagerne har så tilmed kunnet bruges til evaluering af det, der skete "uden om supervisionen", mens projektet har stået på.

På trods af, at det er meget forskelligt hvordan og hvor meget deltagerne har brugt porteføljen, er der ikke desto mindre registreret 185 børnesager her – nogle af dem er sammenfaldende med de sager der har været taget op i

supervisionssessionerne, men størstedelen er sager som deltagerne har haft i deres arbejde i praksis – ud over dem de havde oppe i supervisionerne. Porteføljen har således også kunnet anvendes som evalueringsredskab.

De valgte design: Effektevaluering og procesevaluering

Ser man på designet i forhold til indholdet af projektet kunne der vælges forskellige tilgange:

Afhængig af projektledelsens ønsker kunne evalueringen tilrettelægges som i et kontrolleret interventionsstudie, hvor interventionen var fastlagt på forhånd, sådan så processen som sådan var givet. Eller – hvis det var ønsket – kunne evalueringen tilrettelægges, så interventionen blev justeret undervejs i forhold til, hvem de deltagende læger var, og hvor de syntes det var svært at arbejde med børnesagerne.

Det var således muligt at vælge et lineært evalueringsdesign med fokus på udbyttet – fordi både mål og vejen til målet var fastlagt – effektevaluering.

En anden mulighed var at vælge et procesorienteret evalueringsdesign, hvis det i projektet var muligt at både mål og vejen til målet – interventionen – kunne ændres i forhold til, hvad deltagerne i projektet kunne og vidste i forvejen.

Valget af evalueringsdesign blev gjort i samarbejde mellem forskere og projektledelse. Procesevalueringen anbefaledes ud fra den teoretiske viden, der er omkring læring og udvikling af kompetencer, og det var da også denne type af evaluering projektet benyttede sig af det første år; en evaluering med fokus på udviklingen, dvs. den læringsproces som de deltagende læger gennemgik.

Da der var gået et år, var det imidlertid nødvendigt at tage evalueringsdesignet op til revision, og projektledelsen besluttede at skifte designet til overvejende effektevaluering, fordi det var uventet ressource- og tidskrævende at skulle justere og ændre interventionen løbende undervejs i projektet. At modellen er kaldt *overvejende* effektevaluering, skyldtes et kompromis om, at forskerne ville melde tilbage til projektledelsen hvis processen efter deres vurdering var ved at

køre helt af sporet. Der blev således defineret "alarmklokker" – udviklinger i projektet - som definerede hvornår dette var ved at ske.

"Alarmklokker"

- dvs. hvilke situationer projektledelsen gerne vil orienteres af forskerne mhp. intervention:

- *hvis gruppe og supervisorer ikke fungerer*
- *hvis gruppen ikke taler om børnesager*
- *hvis supervisor ikke passer sit arbejde*
- *hvis gruppens medlemmer kun møder sporadisk til supervisionen, så opfyldes projektets målsætning ikke*
- *hvis gruppen ikke finder en ressourceperson*
- *hvis der opstår forvirring og/eller frustrationer om projektet*
- *hvis forskerne hører negative tilbagemeldinger over for projektet og/eller projektledelsen.*

Projektledelsen definerede også, hvilke forventninger de havde til den vellykkede udvikling i supervisionen:

Forventningerne til vellykket udvikling i supervisionen

- *at fokus holdes på projektets indsatsområde*
- *at alle gruppemedlemmer møder op og har det godt i grupperne*
- *at grupperne finder deres ressourceperson efter styregruppens kvalificerede input*
- *at deltagerne er positive over for projektet*
- *at deltagerne anvender evalueringsredskaberne*
- *at den lægefaglige identitet styrkes*

Ændringen i evalueringsdesignet betød, at evalueringsspørgsmålene skulle præciseres til effektmålbare spørgsmål. Projektledelsen gjorde dette i samråd med professor i almen medicin Hanne Hollnagel, som har repræsenteret Forskningsenheden for Almen Praksis i København i følgegruppen. Evalueringsspørgsmålene blev udformet på baggrund af projektets intentioner og mål og udtrykte det, som projektledelsen ønskede svar på efter projektets afslutning, nu med mere fokus på udbyttet efter endt projekt frem for udviklingen undervejs i projektet. Evalueringsopgaven var derfor nu, det vil sige midtvejs i projektet, i stedet at belyse disse nye spørgsmål.

Evalueringsspørgsmålene bestod af fem grupper af spørgsmål, hvoraf projektledelsen selv vil besvare nogle af de spørgsmål, der angår erfaringerne knyttet til dét at være leder af et projekt som Børneprojektet. Ved starten af projektets andet år var der i alt 30 spørgsmål med fokus især på lægernes egen oplevelse af udbyttet af deltagelsen i projektet. Der kunne være valgt at overgå til andre dataindsamlings- og evalueringsmetoder, men for at kunne anvende de allerede indsamlede data som en slags punktmålinger blev beslutningen at fortsætte med metoderne fra det første år af projektet, blot med ændret fokus.

Konsekvenserne af denne omdisponering af evalueringsplanen midtvejs i projektet blev skitseret i en ny beskrivelse af roller og arbejdsopgaver, formuleret og godkendt i juni 2006 (se bilag 3). Herunder redegøres kort for disse konsekvenser, idet der henvises til bilag 3 for eventuel uddybning.

Efter modellen "overvejende effektevaluering" ville evalueringsspørgsmålene først kunne fremlægges og besvares, når projektet var slut.

"Overvejende effektevaluering" betød, at forskerpositionen nu ændredes således at forskerne trak sig helt ud af projektets interventionsdel, og at data jf. de nye evalueringsspørgsmål fra dette tidspunkt fokuserede alene på de deltagende læger, ikke på supervisorerne og projektledelsen.⁶

⁶ I den øvrige forskningsanalyse, der udføres med henblik på yderligere videnskabelig formidling, lægges et bredere perspektiv på data.

"Overvejende effektevaluering" betød, at evalueringen ved projektets afslutning ud fra data skulle beskrive, hvorvidt deltagerne nåede målsætningen. Dog skulle der fortsat fremsendes statusrapporter ca. hver 3. måned.

"Overvejende effektevaluering" betød, at projektets udvikling ikke skulle kunne påvirkes i samme grad som hidtil forsøgt, men være langt mere observerende. Konkrete beslutninger vedrørende eventuelle justeringer eller nye tiltag på baggrund af statusrapporterne samt konkret planlægning af temadage lå fra dette tidspunkt alene hos projektledelsen. Herefter havde forskerne observatørrollen til møder med følgegruppe og supervisorer samt på temadage

Projektledelsen udarbejdede et notat den 16/8-2006, som blev fremsendt til projektets faglige følgegruppe, vedrørende disse ændringer og konsekvenser heraf.

På den baggrund er evalueringsarbejdet, der ligger bag denne rapport, baseret på to forskellige evalueringsdesign: *procesevaluering* fra projektets start til projektets midtvejsstatus med fokus på processer og hæmmende/fremmende delelementer; og *overvejende effektevaluering* fra projektets midtvejsstatus til projektets afslutning og den endelige rapportering med fokus på effekter og opfyldelse af målene efter endt projekt.

Hvis ønsket fra starten af projektet havde været formuleret som effektevaluering, ville vi formodentligt have lagt vægten på andre evalueringsmetoder. Fordelen ved alligevel at fastholde de valgte metoder tilhørende det oprindelige design efter projektets midtvejsstatus i juli 2006 var, at vi ud over at svare på de nye opstillede evalueringsspørgsmål også efterfølgende har mulighed for at producere viden om den proces, lægerne har været igennem fra start til slut i projektet.

De deltagende læger gav ikke udtryk for at være informeret om ændringen af evalueringens fokus. Fastholdelsen af metoderne havde derfor også fordelen af at være mindst muligt forstyrrende i forhold til lægernes arbejde med børneprojektet.

På grund af ændringerne i evalueringsdesignet er evalueringsresultaterne opdelt i to dele: 1. fra starten af projektet til midtvejs og 2. fra midtvejs til slutningen af projektet med hovedvægten lagt på det sidste. Procesevalueringen af projektets første år er afrapporteret i "Midtvejsrapporten" (Bilag 4 - kan rekvireres ved henvendelse til projektledelsen), mens afrapporteringen af den overvejende effektevaluering, der er foretaget i projektets andet år, afrapporteres uddybende nedenfor.

Resultater fra evalueringen i projektet: Fra begyndelsen til midtvejs

Det følgende afsnit er taget fra midtvejsrapportens sammenfatning, som er baseret på projektets første års procesevaluering. Af midtvejsrapporten fremgår det:

I det konkrete projekt er der etableret tre supervisionsgrupper, hver bestående af syv praktiserende læger med hver deres fast tilknyttede supervisor. Grupperne repræsenterer henholdsvis storby, større provinsby og land. Grupperne har hver mødtes 8 til 10 gange i det forløbne år. Det har været hensigten, at alle grupperne skulle have tilknyttet en lokal ressourceperson, der skulle fungere som bindeled til socialforvaltningen. Alle lægerne har været inviteret til tre hele undervisningsdage med fokus på forskellige projektrelevante temaer. Lægerne har som yderligere læringsredskab fået stillet en personlig elektronisk portefølje til rådighed. Projektet har to tilknyttede forskere/evaluatorer. Den ene deltager fast i to af gruppernes møder og i den tredje gruppe, hvor det er praktisk muligt.

Projektets status er midtvejs:

1. at grupperne er blevet etableret og alle 21 tilknyttede læger stadig indgår.
2. at supervisionen gennemføres med fokus på børneområdet generelt, dog med tendens til at have hovedvægten på "tungere" sager.
3. at lægerne individuelt og kollektivt melder tilbage, at de har fået mere fokus på og mod til børnesager.

4. at de fleste sager, der tages op i supervisionen, er børnesager der er fundet uden for de almindelige børneundersøgelser.
5. at tilknytningen til ressourcepersonerne i forvaltningen ikke er veletableret.
6. at samarbejdet med socialsektoren opleves som det mest frustrationsproducerende for de deltagende læger.
7. at alle deltagere har fået oprettet en elektronisk logbog, som de kan anvende.
8. at deltagerne ikke arbejder eksplicit med projektets målsætning.
9. at det er vanskeligt at opnå projektets ambition om at tilføre de deltagende læger et teoretisk begrebsapparat, idet få deltagere prioriterer at tilegne sig dette ved hjemmestudier.

Baseret på det foreløbige arbejde i projektet samt projektets beskrevne mål og strategier anbefaledes det for projektets anden halvdel, at projektledelsen, projektets supervisorer, undervisere og deltagende læger skulle fokusere mere på:

1. børneundersøgelseernes potentiale til at opfange børn/familier med særlige behov.
2. projektets målsætning.
3. oprettelse af bedre samarbejde med socialsektoren.
4. at få alle de deltagende læger til at anvende deres elektroniske portefølje.
5. at få alle de deltagende læger til at tilegne sig et basalt niveau af teoretisk viden om området.

Resultater fra evaluering i projektet: Fra midtvejsrapport til afsluttende rapport

Det af projektledelsen midtvejs nye valgte design: *overvejende effektevaluering* indebar, at ledelsen måtte opstille en række evaluerbare effektspørgsmål, som evalueringen skulle fokusere på i den resterende projektperiode. Nogle af spørgsmålene ønskede projektledelsen selv at besvare i en afsluttende rapport. Spørgsmålene blev inddelt i følgende kategorier med dertil hørende underspørgsmål:

1. Lægedeltagerniveau
2. Ressourceperson
3. Porteføljen
4. Andre faglige tiltag
5. Udviklingen efter projektet
6. Projektledelsens erfaringer

Evaluering i det konkrete projekt. Evalueringsspørgsmål, som henholdsvis forskerne og projektledelsen besvarer

I det følgende afsnit præsenteres de evalueringsspørgsmål, som projektledelsen valgte. Evalueringen består af indsamlede data i forhold til disse spørgsmål siden midten af projektet, og analysen af disse udgør den resterende del af rapporten. De spørgsmål der er besvaret af forskerne er markeret med et F, mens de spørgsmål projektledelsen har besvaret er markeret med et PL.

1. Lægedeltagerniveau: Hvad kan man lære af projektet med henblik på etablering af supervisionsgrupper
 - Kunne fokus i supervisionerne holdes på børnesager? (F)
 - Oplevede deltagerne, at det havde betydning om supervisor havde eller ikke havde specifik børnefaglighed? (F)
 - Hvad var deltagerne mest tilfredse med i supervisionen – og var der noget de var utilfredse med eller efterlyste i supervisionen? (F)
 - Hvad oplevede deltagerne som fremmende for arbejdet i supervisionsgrupperne? (F)
 - Hvad oplevede deltagerne som hæmmende for arbejdet i supervisionsgrupperne? (F)
 - Hvordan blev supervisionsgrupperne sammensat, og hvordan startede de praktisk og hvornår i forhold til projektets start? (PL)
 - Hvilken positiv og negativ betydning oplevede deltagerne af, at de i nogle grupper kendte hinanden og i andre grupper ikke kendte hinanden på forhånd? (F)

- Hvilken positiv og negativ betydning oplevede deltagerne det havde, at grupperne startede inden supervisor blev tilknyttet til gruppen? (F)
- Hvad syntes deltagerne selv, de opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper? (F)
 - Personligt
 - Fagligt
 - Sikkerhed i sin rolle i enkeltsager
- Hvad synes lægerne selv, at de ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning? (F)
- Hvilken betydning oplever lægerne selv, at deltagelse i projektet får for dem i fremtiden? (F)
- Hvad er forskernes analyse af ovenstående temaer (F)

2. Ressourceperson

- Hvilken oplevelse har deltagerne haft mht. at etablere kontakt til en ressourceperson? (F)
- Hvilke forventninger havde deltagerne til ressourcepersoner? (F)
- Hvilke erfaringer fik deltagerne undervejs (konkret), herunder hvordan etablerede de kontakt til ressourcepersonerne, og hvordan oplevede de at kontakten fungerede? (F)
- Hvilke ønsker har de praktiserede læger til en ressourceperson efter at have deltaget i projektet? (F)
- Hvordan vil de praktiserende læger gerne samarbejde med forvaltningen efter at have deltaget i projektet? (F)
- Hvad er forskernes analyse af ovenstående temaer (F)

3. Porteføljen

- Hvordan blev porteføljen udviklet og justeret? (F)
- Hvordan oplevede deltagerne, at porteføljen fungerede som læringsinstrument? (F)
- Oplevede deltagerne, at porteføljen havde betydning for processen i supervisionsgrupperne? (F)
- Hvad er forskernes analyse af ovenstående temaer (F)

4. Andre faglige tiltag

- Hvad beskriver lægerne at de fik ud af ud at deltage i temadagene? (F)
- Hvad beskriver deltagerne, at de fik ud af de øvrige faglige tiltag? (F)
- Hvad er forskernes analyse af ovenstående temaer (F)

5. Udviklingen efter projektet: Deltagernes tanker om fremtidens arbejde med børnesager

Spørgsmål samt besvarelse af disse spørgsmål står projektledelsen for (PL)

6. Projektledelsens erfaringer

- Hvad var baggrunden for opstillingen af projektet? (PL)
- Hvordan blev projektet praktisk sat i gang: etablering af supervisionsgrupper, følgegruppe, styregruppe, forskergruppe, konsulent? (PL)
- Kunne supervision 8 x årligt i 2 år gennemføres praktisk og økonomisk? (PL)
- Hvilke krav stillede projektet til organisation, økonomi og faglige kvaliteter hos supervisor? (PL)
- Hvilke justeringer af projektet blev foretaget undervejs i forhold til budget, undervisnings- og temadage, nyhedsbreve, arbejdsfunktioner, ressourcepersoner, eller andet? (PL)
- Hvad er de vigtigste erfaringer, projektledelsen har gjort sig som ledere af projektet? (PL)
- Hvad er projektledelsens anbefalinger til andre, som overvejer at starte lignende projekt? (PL)

Evalueringsmateriale

Evalueringsrapporten er baseret på følgende indsamlede data⁷:

- Deltagerobservation og video af supervision af ca. 80 cases fordelt på tre geografiske grupper fra maj 2005 til maj 2007, svarende til ca. 80 timers videooptagelser og ca. 300 A4-sider feltnoter.
- En del af dataindsamlingen er foretaget ved tæt at følge seks deltagere igennem det samlede projekt. De seks deltagere blev udvalgt ud fra et ønske om, at disse personer kom til at repræsentere projektets samlede deltagere med hensyn til geografisk spredning, praksisform, antal år i praksis, alder og køn. Disse personer er blevet interviewet henholdsvis før, midtvejs og efter Børneprojektets afslutning og er blevet observeret i supervisionsgrupperne. Materialet udgør i alt atten dybdegående kvalitative interviews samt diverse feltnoter svarende til ca. 600 A4-sider i alt.
- Tre fokusgruppeinterviews med de tre grupper ved projektafslutning maj 2007. Udskrifter svarende til ca. 100 A4-sider.
- Spørgeskemaer besvaret af alle læger i forbindelse med projektets midtvejsstatus og afslutning samt i forbindelse med anvendelse af porteføljen.
- Data fra porteføljen omfattende notaterne på i alt 185 registrerede børnesager (heraf 132 aktive⁸ og 63 passive pr. 15. juni 2007) med i alt 550 notater af varierende længde og indhold, men svarende til 165 A4-sider.
- LEARN-skemaer: Evalueringsskema med fem spørgsmål vedr. læringsprocessen i grupperne på tværs. Er udført af deltagerne hver gang der har været supervision eller temadage. I alt modtaget 245 skemaer fra deltagerne. På temadagene afleverede alle på nær en enkelt deltager, dvs. af 63 mulige modtog vi 62 fuldt udfyldte skemaer retur (svarprocent på 98%). For denne type af evaluering i relation til supervisionssessionerne

⁷ Data vil efterfølgende blive anvendt til yderligere videnskabelig formidling af projektets forskere.

⁸ "Aktive børnesager" er sager, som den praktiserende læge stadig beskæftiger sig med, mens "passive" betyder, at lægen har afsluttet sagen, enten fordi patienten er flyttet, eller fordi der ikke var mere at gøre i sagen.

var svarprocenten dog væsentlig dårligere. Fra samtlige grupper modtog vi i alt 183 skemaer retur ud af de 248, vi ville have modtaget, hvis alle havde udfyldt og returneret et skema hver efter hver supervisionssession (svarende til en svarprocent på knap 74%). Svarprocenten i de enkelte grupper har varieret mellem 68-84%. Mange af deltagerne valgte imidlertid at indlevere blanke eller kun delvist udfyldte skemaer, og fratrækkes disse, ligger svarprocenten i enkeltgrupperne på 45-67%.

Analyseniveauer

Det er væsentligt at gøre opmærksom på, at der på tidspunktet for afrapportering af evalueringen endnu ligger et vigtigt videnskabeligt analytisk og fortolkningsmæssigt arbejde forude. Dette arbejde forventes produceret og publiceret i de kommende år. Der er således tale om to niveauer i det analytiske arbejde i projektet: Dels en analyse af data til besvarelse af de spørgsmål, der er opstillet af projektledelsen; og dels en analyse af data ud fra de spørgsmål, der opstået under vores arbejde uden på forhånd fastlagte kategorier.

I denne rapport refereres til analyserne ud fra de spørgsmål, der er opstillet af projektledelsen. De valgte spørgsmål fokuserer overvejende på et lægedeltagerniveau, det vil sige at det er spørgsmål til deltagernes egne opfattelser af projektets intervention og problemstillinger, af handlemuligheder og opfattelse af udvikling. Derudover fokuserer de valgte spørgsmål på følgeforskernes analyse af data, som er en videnskabelig fortolkning af sammenskrivningerne, hvor forskerne anvender deres viden om supervision, pædagogik, gruppedynamik og lægers læring. Dette formidles som "forskernes evaluering" eller "forskernes analyse".

Evalueringens etik. Hvordan og af hvem behandles de data der indgår i evalueringsprojektet?

Det er kun projektets forskere, der har adgang til de data der er indsamlet undervejs i projektet, og disse data vil kun blive anvendt af projektets forskere og kun i relation til dokumentation og forskningsformidling i forhold til det

konkrete projekt. Disse data vil udelukkende blive anvendt i anonymiseret form. Videooptagelserne, de båndoptagelserne af interviews samt porteføljernes indhold vil ikke blive set af andre end projektets forskere og vil ikke blive anvendt til andet end projektets evaluering og forskning.

De deltagende læger har haft adgang til deres egne indtastede data omkring deres egne børnesager. På tværs af deltagerne har kun forskerne haft adgang til data fra den elektroniske portefølje, og dette kun i anonymiseret form. Dansk Telemedicin har således programmeret visning af data på administratorniveau i en oversat version, således at kun lægerne har haft adgang til personnumre og efternavne. De deltagende læger havde under tavshedspligt mulighed for at invitere hinanden til diskussion af udvalgte børnesager over porteføljens websted, men ingen af lægerne har benyttet sig af denne mulighed.

LEARN-skemaerne er blevet besvaret af de deltagende læger med angivelse af deres brugernavn, som forskerne havde oversættelsesnøglen til.

Alle data fra observationer og interviews af lægerne er anonymiseret. Omtaler af konkrete børn og familier i supervisionsgrupperne har kun fundet sted med angivelse af fornavne. Disse er ændret i datamaterialet, ligesom genkendelige steder og andre karakteristika er ændret eller slettet.

Projektets videnskabelige del har fulgt de retningslinjer Forskningsstyrelsen anbefaler i forhold til god videnskabelig praksis (2003). Projektets datamateriale er omfattet af reglerne for persondata og er behandlet i overensstemmelse med Registertilsynets regler.

Henvisninger

Adler A.A., Adler P. (1998) *Observational Techniques*. I : Denzin N.K., Lincoln Y.S. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage Publications ; London: 79-109

Albæk E., Rieper O. (2001). Evaluering i Danmark. Effektevaluering, monitorering og formativ evaluering. I: Dahler-Larsen P. Krogstrup H. (red.) *Tendenser i evaluering*. Syddansk Universitetsforlag; Odense: 130-140

Dahler-Larsen P. Krogstrup H. (red.) (2001). *Tendenser i evaluering*. Syddansk Universitetsforlag; Odense

Forskningsstyrelsen (2003) Rapport vedrørende forskningsetiske regler; København

Lofland J, Lofland LH. Analysing Social Settings. A guide to qualitative Observation and Analysis. Routledge, London, 1984

Marinker M, Peckham PJ (eds) (1998), Clinical Futures, BMJ Books, London

Morgan D. L. (1997): Focus Groups As Qualitative Research. Portland: SAGE Publications.

Olsen L. Rieper O. (2004). Evalueringsbegrebet, modeller og paradigmer. I: Rieper O. (red.) Håndbog i evaluering. Metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser. AKF Forlaget; København: 15-29

RCGP (Royal College of General Practitioners)(2007), Being a General Practitioner, London.

Spradley J. P. (1979) *The Ethnographic Interview*, Holt, Rinehart & Winston.

Timm H. (1999). Kvalitet i forskning: forsøgsevalueringer og kvalifikationer i sundhedsvæsenet. I: Rask Eriksen T, Friis Gerstoft B, Mathiesen A, (red.). Kvalifikationer: definitioner af ord eller relationer mellem mennesker. Kbh.: Munksgaard; 228-54.

Kapitel 4.

Lægedeltagerniveau

Lægedeltagerniveau

Projektets deltagere har bestået af tre grupper læger fra tre områder, henholdsvis storby, provinsby og landet.

Hver gruppe bestod af 7 læger. Ved projektets afslutning var alle læger på nær én (i provinsbygruppen) stadig med i projektet.

Baggrunden for sammensætningen af netop disse tre grupper samt rekrutteringsovervejelser/strategi i forhold til de enkelte deltagere redegøres der for i projektledelsens delrapport.

Gruppeprofiler

Storby	Sammensat af en gruppe læger fra samme kommune. Alle lægerne kendte hinanden forud for projektet, idet de tilhørte samme lægevagtring. To af deltagerne havde herudover en samarbejdspraksis. Gruppen bestod af fire kvinder og tre mænd i alderen 37 til 56 år med en gennemsnitsalder på 48 år. Tre af lægerne havde solopraksis, resten enten dele- eller kompagniskabspraksis. Gruppen mødtes i praksis, det samme sted hver gang.
Provinsby	Denne gruppe var sammensat af læger fra tre forskellige kommuner. Nogle af lægerne kendte hinanden på forhånd. Ingen havde praksis sammen. Gruppen bestod af fire kvinder og tre

	mænd i alderen 37 til 55 år med en gennemsnitsalder på 47,5 år. To af lægerne havde solopraksis, resten enten dele-, samarbejds- eller kompagniskabspraksis. Midtvejs i forløbet stoppede et af gruppens medlemmer (en kvinde) på grund af personlige forhold. Gruppen mødtes privat, det samme sted hver gang.
Land	Denne gruppe var sammensat af læger fra tre forskellige kommuner. Nogle af lægerne kendte hinanden i forvejen. To af lægerne havde kompagniskabspraksis og en læges ægtefælle var i kompagniskab med en anden deltager. Gruppen bestod af fem kvinder og to mænd i alderen 41 til 56 år, med en gennemsnitsalder på 49 år. Fem af lægerne var i kompagniskabspraksis, en i samarbejdspraksis og en i delepraksis.

Evalueringsspørgsmål: Kunne fokus i supervisionerne holdes på børnesager?

Begrebet "børnesager" er kun defineret indirekte undervejs i projektet ved den valgte teoretiske referenceramme. For at kunne besvare dette spørgsmål har vi anvendt den konstruerede definition, at der med børnesager menes sager, som den enkelte praktiserende læge har bragt op i supervisionsgruppen eller i sin elektroniske portefølje, og som enten direkte omhandler en problematik vedrørende et (eventuelt ufødt) barn, eller at en eller flere forældre har problemstillinger, der antages at kunne true familiens børn umiddelbart eller på længere sigt.

Meget få børn/unge har selv har henvendt sig direkte til lægen med et problem, men i flere af sagerne har børnene/den unge været til stede i konsultationen i forbindelse med sagen, mens lægen i andre sager ikke har mødt barnet eller den unge, men arbejdet med sagen via en eller begge forældre.

I supervisionen i alle grupper blev fokus holdt på denne type af børnesager, eller på sager hvor lægen havde brug for at drøfte egne holdninger og handlinger i forhold til en børnesag. I porteføljen er fokus det samme, men lægen skriver her til sig selv. Fokus er dog stadig holdt på egne holdninger, opfattelser eller bekymringer omkring børnene og familierne, til tider i form af en indre dialog eller afprøvning af forklaringsmodeller.

Der er i projektets observationsdel observeret 70 cases, hvoraf der blev fulgt op på de 20 (det vil sige at 20 sager, der tidligere havde været præsenteret, efterfølgende er blevet taget op igen eller meldt tilbage på i gruppen).

Fordeling af børnesagerne på køn og alder

Sagerne har fordelt sig på følgende måder i de tre grupper:

Storby

- 0-6 år: 4 drenge, 2 piger = 6
- 6-12 år: 4 drenge, 3 piger = 7
- Over 12 år: 0 drenge, 3 piger = 3
- Voksne/ufødte børn: 2 = 2

Provinsby

- 0-6 år: 5 drenge, 1 pige = 6
- 6-12 år: 4 drenge, 2 piger = 6
- Over 12 år: 2 drenge, 8 piger = 10
- Voksne/ufødte børn: 2 = 2

Land

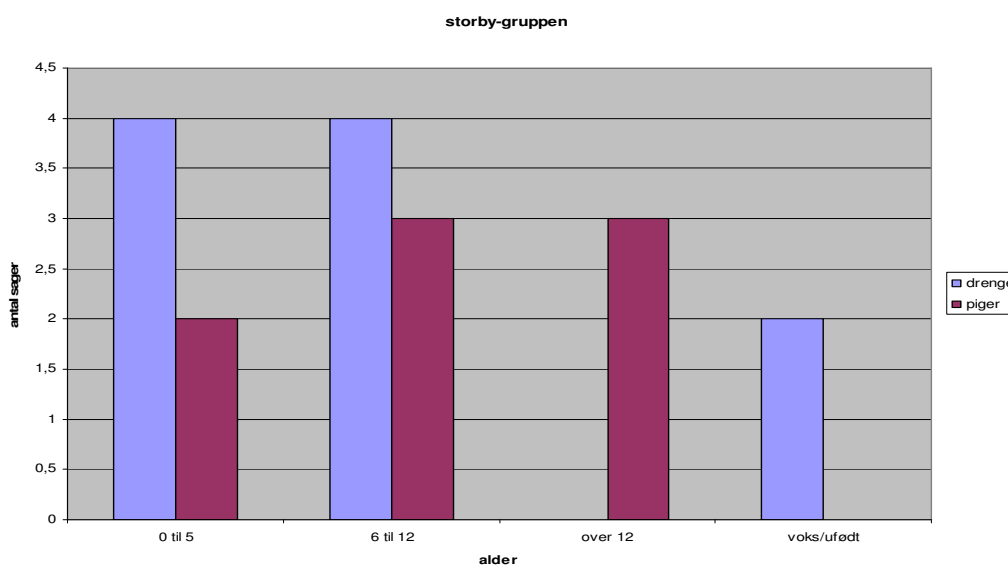
- 0-6 år: 4 drenge, 3 piger = 7
- 6-12 år: 3 drenge, 5 piger = 8
- Over 12 år: 5 drenge, 6 piger = 11
- Voksne/ufødte børn: 2 = 2

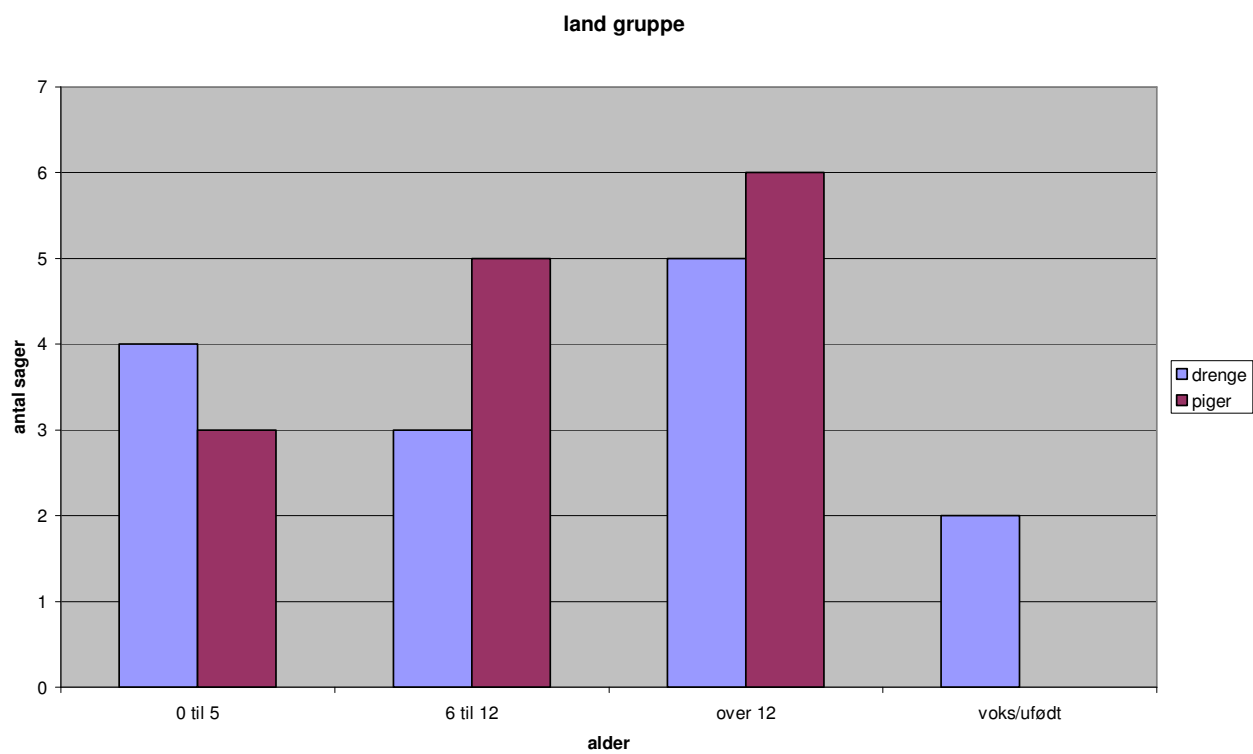
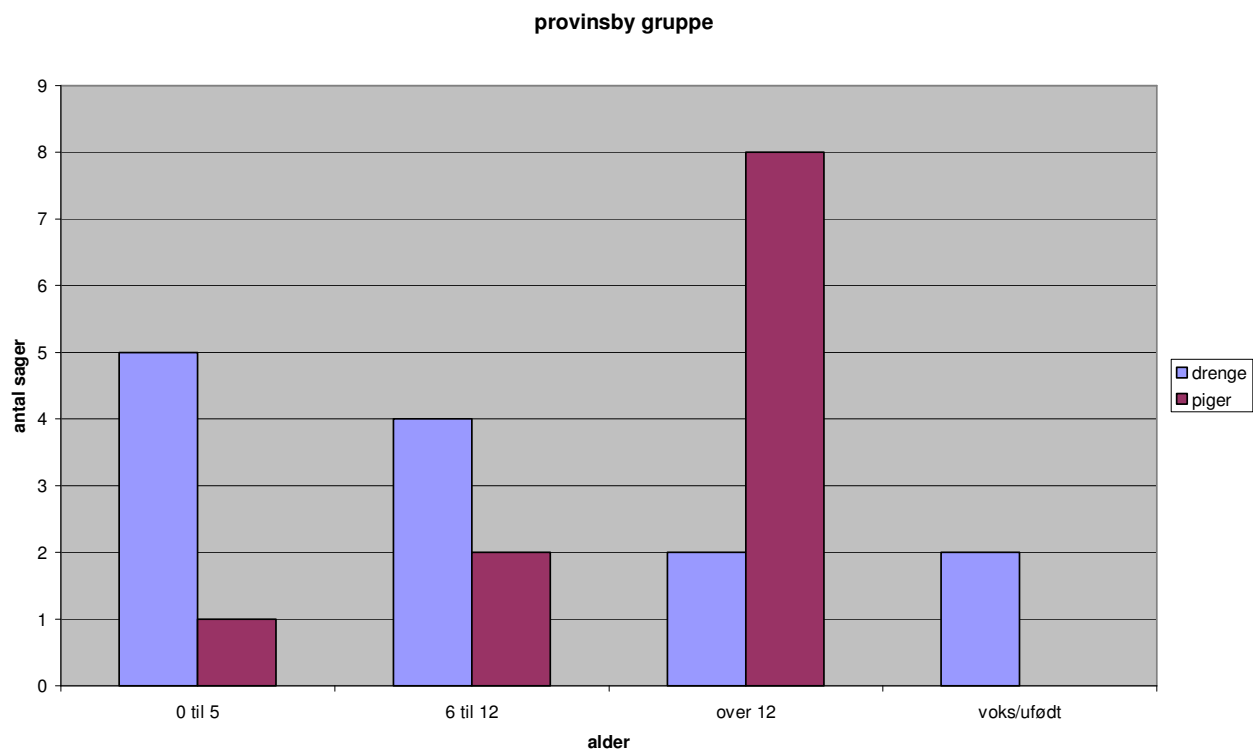
Delanalyse

De sager, lægerne i storbyen har valgt at bringe op i supervisionsgruppen, fordeler sig med en overvægt på børn under 12 år, der udgør ca. $\frac{3}{4}$. Den kønsmæssige fordeling i sagerne er forskellig i børnegrupperne, idet der har været dobbelt så mange sager med drenge under 5 år i forhold til piger, i børnesager mellem 6 og 11 år har der været ca. lige mange af hvert køn, og i sager over 12 år har der kun været piger.

De sager, lægerne i provinsbyen har valgt at bringe op i supervisionsgruppen, fordeler sig med en overvægt af børn over 12 år, der udgør ca. halvdelen af sagerne, og med en ligelig fordeling af sager med børn mellem 0 og 5 år og mellem 6 og 11 år. Den kønsmæssige fordeling i de tre børnegrupper har været således, at der var 5 gange så mange drenge mellem 0 og 5 år i forhold til piger, dobbelt så mange drenge som piger i gruppen 6-11 år og 4 gange så mange piger som drenge i gruppen over 12 år.

De sager, lægerne fra landet har valgt at bringe op i supervisionsgruppen, fordeler sig med en næsten halvdelen i gruppen over 12 år og en ligelig fordeling mellem børn i grupperne 0 til 5 år og 6 til 11 år. Kønsmæssigt var der næsten lige mange drenge i forhold til piger i gruppen 0-5 år, næsten dobbelt så mange drenge i forhold til piger i gruppen 6-11 år og ca. lige mange af hvert køn i gruppen over 12 år.





Set ud fra kategorierne alder og køn i børnesagerne har de tre supervisionsgrupper således haft relativt forskellige sager på dagsordenen, idet:

- Storbygruppen har haft flest sager med mindre drengebørn og kun sager vedrørende piger i gruppen over 12 år.
- Provinsbygruppen har haft en overvægt af pigebørn over 12 år, en ligelig fordeling aldersmæssigt i grupperne 0-5 år og 6-12 år med en klar overvægt af sager med drenge i begge grupper.
- Gruppen fra landet har haft ca. lige mange drenge og piger i grupperne 0-5 år og over 12 år og en overvægt af piger i gruppen mellem 6 og 12 år.

Man kan ikke på denne baggrund sige, at der tegner sig et tydeligt mønster på tværs af de tre supervisionsgrupper i forhold til, hvilke børnesager der fylder mest, når man ser på kategorierne alder og køn.

Fordeling af børnesagerne på etnicitet

- Storby 3 ud af 18 (16%)
- Provinsby 6 ud af 24 (25%)
- Land 5 ud af 28 (18%)

Delanalyse

At andelen af sager baseret på børn/familier med anden etnisk baggrund er større end baggrundsbefolkningens sammensætning kunne forklares ud fra projektets observationsdel som mere sammenhængende med disse personers socialøkonomiske situationer end med deres etnicitet/kulturelle baggrund. Dette er i øvrigt sammenfaldende med andre undersøgelser på området.

Fordeling af børnesagerne ud fra lægernes egne beskrivelser

I det følgende er der taget udgangspunkt i de sager, lægerne rejste i de observerede supervisionsseancer. Nedenstående beskrivelse er dog også repræsentativ for de børnesager, der er registreret i den elektroniske portefølje.

Vi har i analysen af data arbejdet med forskellige muligheder for kategoriseringer, herunder Carrs model med behovsbørn og de 4 P'er (se bilag 5), men er i rapporten endt med at præsentere sagerne som lægerne selv præsenterede dem. Dette skyldes, at der ikke i nogen af supervisionsgrupperne systematisk blev anvendt nogen bestemt form for teoretiske kategoriseringer, hvorfor det vurderes som den mest "virkelighedsnære" fremstilling at præsentere dem som det fremgår herunder. Rækkefølgen repræsenterer det tidsmæssige forløb i gruppen, således at case nummer 1 var den først observerede og case nummer 18 var den sidste.

Storbygruppens sager

- 1.** Ung pige på 17 år med akut paranoia, kommer i konsultationen kort før lukketid fredag. Lægen er frustreret over de manglende kontakter til systemerne.
- 2.** Pige på 7 år med lus, familien henvender sig igen og igen til lægen og sygeliggør situationen.
- 3.** Kronisk syg dreng på 3 år, mor skærmer ham hele tiden, vil ikke lade ham kravle på gulvet og bruge sin krop. Mor er gravid. Lægen ønsker at støtte mor i at give mere slip på drengen.
- 4.** Dreng på 5 år er ikke renlig. Har renlig lillebror på 3 år og herudover en storebror på 8 år. Konflikten omhandler, at lillebror er renlig og den midterste dreng ikke er det. Lægen undersøger om der kan være andre årsager til konflikten.
- 5.** Enlig mor har pige på 9 år og dreng på 4 år. Børnene har hver deres far. Der er vold/druk og narko i hjemmet. Mor har været observeret af kommunen og har ikke tillid til det offentlige. Når pigen på 9 år sidder foran fjernsynet virrer hun ind i mellem underligt med armene og ryster på hovedet. Lægen overvejer om pigen har Tourettes syndrom eller om der kan være andre årsager til pigens adfærd.
- 6.** Dreng 2 år, har to søskende på 10 og 11 år, mor der er udenlandsk er gravid og alene med børnene, far er dansk, har kontakt med familien. Drengen tramper på legetøjet i konsultationen og er svær at styre, mor fortæller at han er ked af at være i vuggestuen. Lægen er bange for, at mor ikke kan styre drengen med den lille ny på vej.

- 7.** Dreng 9 år, overvægtig. Udenlandsk mor kommer og spørger: Har du noget mod hans surhed? Drengen er aggressiv, slår og sparker, spiller meget pc. Mor arbejder meget og er kun hjemme om morgenen, resten af tiden passes drengen af to store brødre, der mobber ham på grund af vægten. Han mobbes også i skolen og kan ikke lide at komme der. Mor har slået drengen en del som lille når han var "fræk", gør det også lidt nu. Lægen bliver sparringspartner for mor og samtalepartner for drengen.
- 8.** Pige 4 år, mor kommer til læge og vagtlæge med hende hele tiden, siger hun har ondt i maven og ikke spiser nok. Barnet er normalt ved alle konsultationer. Lægen oplever barnet og sig selv krænket over de hyppige besøg.
- 9.** Pige 11 år kommer alene i klinikken med ondt i maven, mor er ude at handle, det viser sig pigen har akut blindtarmsbetændelse. Lægen syntes det er forkert at sende så ung en pige alene til lægen.
- 10.** Dreng 9 år. Familien har via institutionerne fået drengen vurderet på børnepsykiatrisk afdeling, der har diagnosticeret ham som autist. Lægen har ikke tidligere været orienteret og har ikke fundet drengen nævneværdigt påfaldende og overvejer, om der er overset noget.
- 11.** Dreng 10 år. Sengevæder der behandles medicinsk. Bor alene hos mor, stille dreng. Skal på lejrskole, har få venner, er ofte i konflikt. Mor syntes drengen har psykiatiske symptomer, og lægen henviser drengen videre i systemet, måske for tidligt?
- 12.** Pige 15 år, anden etnisk baggrund. Kommer fra en stor børneflokk. Der er problemer i hjemmet og pigen er nu på en institution, hvorfra man blandt andet beder lægen undersøge om pigen er blevet omskåret. Det vil lægen ikke på det foreliggende grundlag.
- 13.** Dansk far virker usympatisk og mærkelig, anklager over for lægen sin udenlandske kone for at nive og slå børnene. Lægen bliver bedt om en status fra kommunen og er i tvivl om, hvad der skal stå.
- 14.** Dreng 18 mdr. Mor 21 år, lægen har set barnet 15-20 gange. Mor er bange for at han fejler noget, men han har ingen symptomer haft. Mor håndterer barnet meget usikkert, har selv været tvangs fjernet og har passet sin alkoholmisbrugende far. Mor er ikke afvisende over for psykologsamtaler. Lægen vil gerne støtte i mor i rollen som mor.

- 15.** Barn 4 måneder, mor er lidt pjevset, og lægen fornemmer at mor gemmer på mange ting og at hun måske ikke får støtte fra far. Mor siger at forældrene ingen seksuel kontakt har haft meget længe. Mor kommer akut. Stresset, sover ikke, har tankemylder. Det er sundhedsplejersken der har sendt mor til lægen.
- 16.** Familie med 5 børn, mor er 26 år, fik første barn som 13-årig. Familien er nyttilflyttet og har ikke været i praksis endnu. Far slår mor, lægen modtager besked fra skadestuen.
- 17.** Pige 1 ½ år. Mor og far begge universitetsstuderende. Da pigen starter i vuggestuen græder hun meget, bliver meget syg, har problemer med sine ører. Vrider sig ud af armene på forældrene og er svær at trøste, bryder sig ikke om berøring. Har fået dræn. I vuggestuen er der tilknyttet en fysioterapeut, som har set pigen og fortæller hun lider af "taktil skyhed", som bliver behandlet med alternativ behandling. Pigen har det meget bedre nu, sover om natten. Lægen er forundret over, at der går en person rundt i en offentlig institution og "behandler" med sådanne metoder.
- 18.** Mor kommer og kan ikke klare det mere. Teenagedatteren har været meget voldelig over for en veninde efter at være blevet mobbet via internettet. Havde pigen ikke været under den kriminelle lavalder var hun blevet fængslet pga. grov vold. Sagen kører nu i kommunen, men lægen kan slet ikke genkende billedet af pigen som voldelig og overvejer, om lægen selv har overset noget ved tidligere konsultationer.

Delanalyse Storby

Langt de fleste sager med børn under 6 år rejses på baggrund af lægens egne observationer/fornemmelser/bekymringer for et barn/familie. Alle observerede sager med børn i skolealderen (6-12 år) skyldtes problemer, som familierne selv har henvendt sig til lægen omkring. Sagerne er komplekse, det vil sige at der er flere forskellige problematikker på spil på samme tid. Især skilsmisserelaterede problemstillinger går igen.

Der har kun været observeret få sager med teenagere (over 12 år), men de der er observeret, må betegnes som komplekse med overvægt af psykiatriske problematikker.

Langt hovedparten af de rejste sager har været koncentreret om vanskelige sager, der næsten alle omhandler børn med særlige behov. Størstedelen af sagerne har involveret børn under 12 år med hovedvægten lagt på gruppen mellem 6 og 12 år. Sager der har været bragt op på baggrund af lægens observationer/fornemmelser/bekymringer uden dette har været bragt op af familien eller barnet selv, ses kun i gruppen mellem 0 og 5 år.

Provinsbygruppens sager

- 1.** Dreng 6 år. Vil ikke sove. Stor dreng på fritidshjemmet har tvunget ham til at "bolle" en dukke. Lægen er ikke sikker på hvordan sagen skal håndteres.
- 2.** Dreng 17 år. Som 13/14-årig var drengen overvægtig, ked af det. Ville ikke i skole. Sov i samme seng som faderen. Kommunen har været involveret men har ikke haft kontakt til lægen. Faderen døde pludselig for nylig, drengen er indlagt på psykiatrisk afdeling. Lægen er i tvivl om hvad der skal ske fremover.
- 3.** Pige 14 år, yngste af to, er diagnosticeret autistisk. Psykiaterne trækker sig, fordi pigen har brug for adfærdsterapi. Mor har angst og er tilknyttet behandlingssted. Dramatisk skilsmisse, begge forældre har nye partnere. Pigen løber ud midt i en konsultation og lægen føler afmagt.
- 4.** Dreng på 3 ½ år, mor skilt med to børn med to fædre. Fra børnehaven beskrives, at drengen går på tæer eller hæle, at han har "svær sanseintegration og massive fysiske og relationelle problemer, har svært ved at sidde stille og han skubber". Drengen observeres 40 minutter af lægen i praksis, hvor han ikke udviser nogen af de omtalte problemer, han går normalt, reagerer normalt, men siger: "Jeg vil ikke være hjemme hos far" og "far siger mor er en dum kælling". Lægen er ikke bekymret for drengen og vil gerne undgå, at der opstår en sag.

5. Pige 11 år, har skiftet skole to gange, kan ikke falde til. Mor mener at pigen fejler noget, måske Tourettes syndrom. Kommunen har anvist en familieterapeut. Lægen vil gerne henvise pigen til udredning, men pigen bliver gal og løber ud af klinikken. Lægen skriver henvisningen, men er i tvivl om det er det rigtige at gøre udelukkende på moderens beskrivelse.
6. Dreng 9 år, er svimmel, har torturramt mor, hvad er lægens rolle?
7. Pige 15 år, anden etnisk baggrund, er kæreste med en "forkert" ifølge forældrene.
8. Pige på 16 år, har stofmisbrugsproblemer, men erkender det ikke selv.
9. Pige 3 år. Ny patient/mor. Kommer til 3 års undersøgelse, barnet er meget uroligt, mor er passiv. Lægen vil gerne sætte ord på situationen uden at afvise mor og barn.
10. Mor kommer alene og grædende i praksis og fortæller, at datteren på 12 år i institutionen har sagt at hun bliver slået derhjemme. Mor er bange for, at barnet skal fjernes. Der er også store problemer i skolen med lillesøsteren, som mor mener har ADHD. Mor er skilt fra pigernes far og har fået nyt barn med ny mand.
11. Hel familien fanget i Mellemøsten på grund af konflikt. Lægen kontakter kommunen for at få støtte til familien, er bekymret for om børnene evt. har fået traumer. Kommunen har ikke kontaktet familien eller på anden måde fulgt op på lægens henvendelse.
12. Dreng 1 år, mor meget reserveret. Mor udredt for "maveproblemer", far meget jaloux. Dreng udredt for "maveproblemer". Mor beskriver, at drengen har smerter når han spiser og når skal af med afføring, han er normal ved konsultationerne.
13. Mor 20 år, kommer med lille barn der har to mulige fædre, ny kæreste vil gerne være "far". Mor reagerer ikke så meget på barnet. Barnet lidt snusket. Er det en sag eller ej? Lægen er bange for at afvise mor og ved ikke hvordan man skal "åbne" uden at moralisere.
14. Dreng 4 år, nummer 6 af 7, sproget er ikke så godt. Alle børn passes hjemme. Krævende far. Lægen foreslår at få barnet yderligere undersøgt, men mor afviser. Lægen reflekterer over om han kan gøre mere.

- 15.** Pige næsten 15 år, podes positiv for clamydia, mor bekymret da kæresten har haft ubeskyttet sex i udlandet. Mor er i røret hele tiden, ringer "hvad skal jeg gøre?". Pigen vil flytte hjemmefra. Pigen reagerer meget voldsomt når hun bliver vred, er anmeldt for vold. Læge søger hjælp til hvordan der kan etableres bedre kontakt med pigen.
- 16.** Pige 15 år, kommer i praksis med sin mor, det går dårligt hjemme. Har lillesøster. Far og mor er skilt, mor drikker og falder i søvn blandt flasker på sofaen. Alle har det skidt. Kommunen henviser til et familieværksted, men det er ikke det rigtige tilbud. Lægen oplever, at der ikke er noget relevant tilbud til familien.
- 17.** Mor kommer med dreng på 5 år. Problemer med samvær med far, hvorfor mor har undladt at aflevere drengen til samvær, hvorefter drengen er blevet hentet af kommunen i børnehaven og udleveret til samvær med far. Mor vil have en sygemelding til Fogedretten. Lægen føler ikke, at barnets tarv tilgodeses og er magtesløs.
- 18.** Pige 17 år med misbrug. Bor hjemme hos mor. Har et rodet liv, har været gravid, taget speed, haft krampeanfald. Vil nu have lægeattest til kørekort. Lægen ønsker at træde i karakter uden at skubbe pigen fra sig.
- 19.** Pige 12 år født af forældre med anden etnisk baggrund. Har ondt i maven. Kommer med mor og lillebror. Er lidt ked af det, har ikke mange venner, vil gerne til børnepsykolog, men går på privatskole. Lægen kender ikke reglerne.
- 20.** Mor kommer med barn nummer to, der er 5 måneder gammelt. Har efterfødselssyndrom. Lægen kender ikke til, hvilke muligheder der er lokalt for at hjælpe familien og er i tvivl om sundhedsplejerskernes kompetence inden for sådan et område.
- 21.** Dreng 12 år, udadreagerende, har dårlig tale, vil bestemme alt, kommer op at slås i skolen. I efterfasen vil han ikke konfronteres og stikker af. Problem for skolen at drengen er stor og tiltagende stærk. Mor ved, at det er et problem. Mor og far har det meget dårligt med hinanden hjemme. Drengen har det svært og lægen vil gerne hjælpe ham med at få det bedre.
- 22.** Mor har to børn med to fædre. Skolepige har hovedpine. Mor vil have hun skal skifte klasse, fordi der er for meget uro i klassen nu. Mor har

nyt lille barn med alkoholiker, som hun ikke bor sammen med. Bor sammen med ny mand der truer mor hvis hun kontakter den lilles far. Mor blev mobbet som barn. Lægen kontakter skolen og pædagoger og er i tvivl, om sagen skal indberettes.

- 23.** Mor og far henvender sig vedrørende normal og sød dreng på 7 år. Familien beskrives som meget fornuftig. Drengen er startet i børnehaveklasse og møder her en ny dreng han leger med. Der udvikler sig en konflikt mellem drengene, der begge fortæller, at de har været udsat for overgreb af seksuel karakter af den anden. Forældrene kommer til lægen, fordi skolen har bedt dem skaffe en henvisning til en børnepsykolog. Lægen forsøger at kontakte børnepsykologen uden held. Forældrene er i vildrede. Lægen er ikke bekymret for drengen, men for legekammeraten.
- 24.** Mor og søn kommer allersidst på en lægevagt. Drengen er ca. 10 år. Er blevet forbrændt for nylig og er tilset på hospitalet. Drengen har feber men der er ikke noget tegn på infektion, kan være forkølelse. Lægen bemærker også blåt mærke. Drengen virker lidt sølle, og lægen har en vag fornemmelse af noget, men ved ikke hvad. Undrer sig over henvendelsen, hvad kommer de efter? Kontakten i vagten er kort, men mødet sidder efterfølgende i lægen. Tænker over, hvordan man skriftligt kan give udtryk for denne fornemmelse til drengens egen læge.

Delanalyse Provinsby

De fleste sager med småbørn rejses på baggrund af lægens egne observationer/fornemmelser/bekymringer for et barn/familie. Cirka halvdelen af disse kan beskrives som børn med særlige behov. Næsten alle observerede sager i skolealderen (6-12) involverer børn med særlige behov og flere, men ikke alle, skyldtes problemer familierne selv har henvendt sig til lægen omkring. De øvrige sager er rejst på baggrund af lægens bekymringer og/eller tvivl. Sagerne er komplekse med flere forskellige problematikker. Især psykosomatiske problematikker går igen.

I gruppen af teenagere har lægerne rejst en række forskelligartede problemstillinger i forhold til unge patienter. Hovedvægten har dog ligget på

psykiatriske og misbrugsproblematikker. To ud af de syv sager er rejst på baggrund af lægens bekymring.

I denne supervisionsgruppe har der været ca. lige mange sager med børn over og under 12 år, med den fordeling at drengene klart har domineret i gruppen under 12 år og pigerne over 12 år. I drengegruppen mellem 6 og 12 år, har der været en del psykosomatiske og adfærdsmæssige problemer, hvilket ikke ses i de to andre supervisionsgrupper, der har haft henholdsvis flere piger eller lige mange af hvert køn i denne kategori.

Landgruppens sager

De i alt 28 observerede cases fordelte sig på følgende måde:

- 1.** Overvægtig dreng på 9 år med ondt i maven. Lillebror på 7 år har astma. Lægen ser faderen ofte på grund af faderens kroniske sygdom, både far og mor er store. Familien skiller sig ud på en negativ måde i lokalsamfundet, for eksempel har far et specielt udseende. Lægen har også farfar som patient, og han kommer til lægen og siger at han er bekymret, fordi drengen på 9 år får dårlig mad og er inaktiv. Drengen siger selv, at han får lov at blive hjemme fra skole når han har ondt i maven. Hvad kan lægen gøre for sådan en familie?
- 2.** Dybt alkoholiseret og dement mor med to børn, veninde ringer er meget bekymret. Lægen tager på besøg i hjemmet, hvad mere kan der gøres?
- 3.** Tidligere misbruger, nu gravid, lægen er ekstra opmærksom på problemer, men skal man gå endnu videre?
- 4.** Pige 7 år, har massiv støtte pga. DAMP problematik. Meget udadreagerende. Er tidligere henvist til børnepsykiatrien. Mor har fibromyalgi, broderen har mange diagnoser. Mor kæmper for sine børn og vil helst se det gode og glemme det andet. Lægen syntes det er vanskeligt at stå på sidelinjen og hjælpe hele familien.
- 5.** Pige 11 år, for tyk. Kommer pga. kløe i vagina. Far siger pigen er for tyk, har opfordret pigen til at vaske sig grundigt i skridtet med sæbe. Mor flagrende type, siger der måske er sket et overgreb, lægen har brug for overblik i sagen.

- 6.** Pige 13 år, kommer med mor i konsultationen for at få prævention, har seksuelt forhold til ældre "papbror", mor syntes det er helt i orden, lægen føler det er meget forkert.
- 7.** Dreng 13 år, adoptivbarn fra Østeuropa, har tilknytningsforstyrrelse. Mor føler at børnepsykiatrien mistænkeliggør familien og bryder sig ikke om dem. Lægen er frustreret over, at familien ikke hjælpes godt nok.
- 8.** Fysisk meget moden pige på 13 år, kommer i akuttiden fordi mor vil have pigen gynækologisk undersøgt og testet for klamydia, pigen indvilliger. Mor har planer om at deportere pigen til andet europæisk land (hvor mor kommer fra) for at gå på kostskole, uden pigen ved af det, lægen føler sig klemmt med sin viden.
- 9.** Dreng 12 år, vil ikke i skole, suicidaltruende, bliver båret ind i konsultationen af sin far. Lægen henviser til kommunen men tilsyneladende uden opfølgning. Lægen efterlyser handlemuligheder i forhold til at kommunikere med barnet og i forhold til kommunen.
- 10.** Dreng 3 år, anden etnisk baggrund, mor krigstraumatiseret. Mor kan ikke magte den lille. Voldsom i konsultationen. Hamrer ting i bordet, larmer. Mor og dreng har en kedelig kommunikation.
- 11.** Pige 17 år, anden etnisk baggrund, mor (samme som sag nummer 10) er krigstraumatiseret, pigen skal være mor i familien og har brug for lægens støtte.
- 12.** Dreng 1½ år, mor og far begge tidligere stofmisbrugere. Mor kriminel, prostitueret, kommer i praksis kort tid efter at drengen blev født. Det går godt, men hvor længe, tænker lægen.
- 13.** Pige 17 år, har tidligere haft et forhold til en voksen, som efterfølgende blev dømt for omgang med mindreårige og kom i fængsel. Pigen blev herefter "tvunget" på kostskole, hvilket gik meget dårligt, så nu er hun hjemme og bliver "tvunget" til at skulle starte på ny skole. Har ny voksen kæreste. Forholdet mellem mor og datter er meget dårligt, datteren vil flytte ind til kæresten. Lægen føler sig ikke helt klædt på til at tage en samtale med mor og datter sammen.
- 14.** Dreng 12 år, DAMP. Drengens symptomer ligner til forveksling symptomer hos børn der vantrives i hjemmet, hvad er hvad?

- 15.** Dreng 13 år, spiser meget usundt. Mor bulimi, skolen udtrykker bekymring over drengens dårlige madvaner med meget slik og sodavand og meget lidt lødigt mad, hvad er lægens rolle?
- 16.** Dreng 19 år. Far der var kendt i praksis er død af kræft. Drengen er vred og opfarende. Har været i ungdomsgruppe for unge med sorg. Han sover meget, går ikke i skole, taber sig, er ude i kriminalitet, kammeraterne siger ham ikke noget mere. Kunne lægen have handlet noget før og hvad skal der tilbydes nu?
- 17.** Dreng ½ år. Psykisk syge forældre. Lægen ønsker at være på forkant med de problemer der vil opstå i fremtiden.
- 18.** Pige 22 år, gravid, psykisk ustabil, har voldelig partner. Lægen ved, at det kommer til at gå galt og vil fraråde at graviditeten gennemføres, men hvad kan man gøre?
- 19.** Pige 12 år, mut, kommer med kraftig og uregelmæssig menses. Tidligere: incestsag. Mor-datter forholdet er ikke godt, mor mener datteren lægger an på pædagog. Mor er flagrende og har en kronisk smerteproblematik. Læge vil gerne hjælpe både pigen og mor.
- 20.** Ny patient, kvinde med spædbarn. Er nytilflytter og bor på landet uden mange transportmuligheder, da far er væk med bilen fire dage om ugen. Mor ønsker ikke sundhedspleje, da hjemmet ikke er klart. Mor kommer akut i praksis og bryder grædende sammen, lægen giver hende en ny tid og reflekterer over hvad man kan gøre hvis patienten udebliver.
- 21.** 3 teenagepiger, to af dem har været udsat for incest. Den ene er grænseanorektiker, den anden er overvægtig og cutter. Mor er depressiv og meget problematisk, er alene med pigerne. Lægens dilemma er at være læge for hele familien.
- 22.** To børn på 11 og 8 år, far sidder i fængsel. Mor er meget fornuftig, er højgravid med ny mand der er glad for børnene. Far lover børnene ting han ikke kan holde, og børnene skal trøste ham i fængslet. Lægen syntes det er vanskeligt at være læge for hele familien, inklusive far og bedsteforældre.
- 23.** Ny familie i praksis. Dreng 2 år, forældre BMI 39, sat til vægtkontrol, kommer ikke. Lægen vil gerne gøre noget i forebyggelsesøjemed, men vil ikke støde familien fra sig.

- 24.** Alenemor fra Mellemøsten, er flygtet fra voldelig mand. Datter 6 år. Tolker. Mor trist, har ikke netværk, taler ikke dansk, kommer ikke på sprogskolen. Lægen prøver at hjælpe både mor og barn.
- 25.** Dreng 11 år, har voldsomt temperament og kan ikke styre sig. Mor har borderline, arbejder 60-80 timer om ugen. Både mor og dreng er i "systemet", men lægen oplever ikke de får den rette hjælp.
- 26.** Mor med anden etisk baggrund, kommer og er gravid for 2. gang. Far er dansk, væsentligt ældre end mor, virker aggressiv over for mor og den lille pige. Forældrene oplyser, at de skal have næste barn for at pigen ikke skal kede sig. Barnet er ikke alderssvarende, ustimuleret, sover det meste af dagen. Dette er også påpeget af børneambulatoriet. Forældrene arbejder hjemme, ønsker at passe deres børn selv. Lægen ved ikke, om der kan gøres noget ud over at stille sig til rådighed for familien og ikke virke dømmende.
- 27.** Pige 4 år, kommer til børneundersøgelse - smutter rundt, svær at kommunikere med. Putter alt i munden, stiller ting og sager på rad og række. Børnehaven har ikke observeret noget. Men lægen syntes der er noget der mangler, det er et specielt barn. Lægen syntes hun er irriterende. Er der noget i vejen? Fejler hun noget? Vil det være en ide at få støtte? Kan man bruge irritation som redskab?
- 28.** Kvinde med anden etnisk baggrund, alene med en pige på 7 år. Mor er paranoid, tør ikke gå i bad uden tøj da hun mener naboerne kan se hende. Mor er meget alene, ser kun datteren, tolken og lægen som hun har stor tillid til. Lægen har tilbudt at gå med til et netværksmøde i kommunen, men er ikke efter ½ år blevet indkaldt. Er i tvivl om hvem der tager initiativerne videre i sagen.

Delanalyse Land

De fleste sager med børn mellem 0 og 5 år børn rejses i denne gruppe på baggrund af lægens egne observationer/fornemmelser/bekymringer for et barn/familie. Andelen af sager, der kan beskrives som involverende børn med særlige behov, er dominerende.

Alle de observerede sager med skolebørn (6-12 år), undtagen én, involverer børn med særlige behov, og cirka halvdelen af disse skyldtes problemer

familierne selv har henvendt sig til lægen omkring. De øvrige sager er rejst på baggrund af lægens bekymringer og/eller tvivl. Sagerne er komplekse med flere forskellige problematikker. Især misbrug, omsorgssvigt og psykisk sygdom går igen. Stort set alle de sager lægerne har rejst i forhold til teenagere involverer komplekse problematikker hos unge med særlige behov. Overgrebs- og misbrugsproblematikker har domineret.

Lægernes professionelle udfordringer i sagerne

I analysen af de observerede børnesager er også inddraget observationer af de professionelle udfordringer og/eller dilemmaer, der har motiveret lægerne til at fremlægge sagerne i supervisionsgrupperne. Dette hænger sammen med, at det konkret fremstillede problem, der er knyttet til det enkelte barn/familie, ikke på nogen måde behøver være overensstemmende med det, der opleves af den enkelte læge som et dilemma eller en udfordring.

Ved analyse af alle 70 observerede sager set fra dette perspektiv har der tegnet sig følgende 4 overordnede temaer, der også genfindes i beskrivelsen af børnesagerne i den elektroniske portefølje:

1. AT MARKERE GRÆNSER/HOLDNINGER
2. AT FØLE TVIVL, AFMAGT ELLER USIKKERHED PÅ EGEN FAGLIGHED
3. AT PÅTALE PROBLEMER FAMILIEN IKKE SELV BRINGER OP
4. SAMARBEJDSPARTNERE

Eksempler tema 1: AT MARKERE GRÆNSER/HOLDNINGER

Mor kommer konstant til læge med pige på 4 år, som mor siger ikke spiser nok. Herudover opsøger mor ugentlig vagtlægen med henvisning til pigens somatiske symptomer. Barnet er gennemundersøgt og normalt. Lægen er fyldt med irritation og vrede og oplever det som et overgreb mod barnet, at mor tager hende til lægen hele tiden.

Lægens professionelle udfordring er at rumme moderen og samtidig markere, at hendes adfærd ikke er hensigtsmæssig i forhold til barnet og at lægen som professionel ikke respekteres.

Øvrige eksempler under dette tema:

- Hvordan påtaler lægen, at forældrene har svært ved at sætte grænser for barnet, når barnet er i klinikken, uden at støde familien fra sig?
- Lægen oplever at forældre sygeliggør børn på grund af for eksempel travlhed eller jobsituation og ved ikke, hvordan dette kan bringes op over for forældrene uden fratage dem yderligere ressourcer.
- Forældre udsætter børn for alternative behandlinger for noget lægen ikke anser for nødvendigt.

Eksempler tema 2: AT FØLE TVIVL, AFMAGT ELLER USIKKERHED PÅ EGEN FAGLIGHED

Mor kommer i konsultationen med dreng på 9 år og fortæller, at drengen har fået en autistdiagnose på en børnepsykiatrisk afdeling, dét er nu familiens udfordring. Lægen oplever at kende familien godt gennem flere år, men har ikke været involveret i forløbet eller henvist drengen, men har set ham ved børneundersøgelser med mere. Her har lægen oplevet drengen som en der "hang i gardinerne", men "det er der så mange børn der gør". Lægen har også oplevet en slags overenskomst med moderen om at disse konsultationer skulle overstås hurtigt, når det nu forholdt sig sådan. Lægen er skuffet over, at familien ikke har involveret deres læge i forløbet omkring drengen, og er i tvivl om der er overset noget ved de foregående konsultationer.

Lægens professionelle udfordring er at acceptere at rammerne i almen praksis er således, at det ikke altid vil være muligt at opfange alle typer af problemer, men rummer usikkerhed og risiko for fejlskøn, og stadig at stille sig til rådighed som ressourceperson for familien.

Lægen siger:

"Jeg syntes det er lidt skræmmende eller ærgerligt, at jeg slet ikke har hørt noget fra moderen, for familien er tilsyneladende velfungerende. Jeg har set dem sammen og de er helt almindelige, søde.... Da jeg så får den udskrift fra sygehuset, hvor der står at de har fået ham henvist via PPR og de har diagnosticeret ham som Asperger... jeg har ikke helt styr på de der diagnoser... jeg har set ham siden og han skal hen og pille ved vægten, men det er der mange børn der skal. Selv da jeg vidste, at han havde været henvist, så syntes jeg ikke det var voldsomt påfaldende, jeg ville ikke have drømt om at henvise ham til børnepsyk."

"Det jeg efterfølgende tænker er: skal jeg have en antenne ude og hvad spørger man om? Jeg har ikke noget på repertoire, når børnene løber lidt rundt, det er da meget befriende at de ikke sidder helt stille. Jeg syntes, det er meget kort tid man har til at vurdere dem."

"Det vil sige jeg har en kategori i den logbog der hedder en ikke-børnesag, som jeg ikke har kunnet se en mening med før, men hele systemet kører, ekstra pædagoger, og jeg aner ikke et klap. Er det mine evner, min arbejdsform, mine øjne eller hvor er vi henne i verdenen? Hvordan kan jeg gøre det bedre? For det vil jeg selvfølgelig gerne."

"Det er fint nok at andre kan se det, men hvordan kan de sætte sådan noget i værk og ikke sige noget til mig? De kunne have spurgt mig... er vores rolle bare at måle og veje og lytte på hjertet og så goodby eller hvad? Det nager mig lidt når jeg tænker på det, for jeg syntes, jeg har lavet nogle meget udmærket børneundersøgelser på den dreng og har ikke bemærket noget..."

Andre eksempler under dette tema:

- Lægen er i tvivl om, hvorvidt der har fundet et overgreb sted mellem børn og hvorvidt lægen er rustet til at gå videre med sagen. Lægen føler afmagt/er i tvivl, om han hun skal/kan gøre noget.
- Lægen er bekymret for børn i familier med krigstraumatiserede forældre, uden børnene har været i praksis med konkrete problemer.
- Lægen er bekymret for børn i familier med meget få sociale og økonomiske ressourcer.
- Lægen mangler handlemuligheder over for gravid misbruger/psykisk syg/voldsramt kvinde(r).
- Lægen kommer i klemme mellem forældre, børn, bedsteforældre og evt. andre/den negative side af at være læge for hele familien.
- Lægen er frustreret over at have overset en belastende diagnose hos et barn.
- Lægen er i tvivl, om somatiske klager hos et barn skyldtes sygdom eller noget andet.
- Lægen syntes ikke mor-barn kontakten er god nok.
- Lægen har et barn, der har været udsat for seksuelle overgreb tidligt i livet og er usikker på hvordan han/hun kan hjælpe.
- Lægen har en ung, der skærer i sig selv og ved ikke hvordan det bedst gribes an.
- Lægen er i tvivl om, hvordan et barn der tolker for syg mor/forældre kan hjælpes.

Eksempler tema 3: AT PÅTALE PROBLEMER FAMILIEN IKKE SELV BRINGER OP

Ny familie i praksis. Begge forældre er svært overvægtige med BMI over 39, er sat til vægtkontrol men møder ikke frem. Kommer med normalvægtig dreng på 2 år til børneundersøgelse. Forældrene forsikrer, at drengen får sund og god kost. Lægens professionelle udfordring er at bringe overvægten op uden at moralisere og skubbe familien fra sig.

Lægen siger:

"Skal jeg gøre noget i forebyggelsesøjemed? Overvægt er et kæmpeproblem, og vi har ikke noget der virker, vi giver bare folk dårlig samvittighed. På den anden side skal man jo være ude i god tid, for pludseligt går det stærkt. Skal jeg sige noget eller skal jeg vente og se?"

Lægens professionelle udfordring er at bringe overvægten op uden at moralisere og skubbe familien fra sig.

Øvrige eksempler under dette tema:

- Lægen vurderer at unge har et stof- eller alkoholmisbrug uden at den unge selv erkender det.
- Lægen er bekymret for børn med overvægt, men har svært ved at bringe det op over for familien.
- Lægen er bekymret for små børn hvis forældre er svært overvægtige, men har svært ved at bringe det op over for familien.
- Lægen er bekymret for små børn med forældre, der er tidligere misbrugere/kriminelle/psykisk syge.

Eksempler tema 4: SAMARBEJDSPARTNERE

Lægen bringer en sag op vedrørende en hel familie fanget i Mellemøsten på grund af konflikt. Lægen kontakter kommunen for at få støtte til familien, er bekymret for om børnene evt. har fået traumer. Kommunen har ikke kontaktet familien eller på anden måde fulgt op på lægens henvendelse.

Lægens professionelle udfordring er ikke at overtage problemet og blive ved med at bidrage til sager af denne karakter ved at henvende sig til myndighederne trods usikkerheden om der kommer nogen respons.

Øvrige eksempler under dette tema:

- Lægen er frustreret over, at forældre kommer med besked fra andre professionelle om at udskrive henvisninger.
- Lægen har henvist sagen videre til myndighederne uden det virker som om der sker yderligere.
- Læge er usikker på eller uvidende om egne handlemuligheder i forhold til det videre forløb.
- Lægen kan ikke gennemskue sagens indhold.
- Lægen er frustreret over, at familier ikke hjælpes godt nok af andre myndigheder.

Analyse af det samlede antal sager kombineret med lægernes professionelle udfordringer i disse:

Sager bragt op med børn fra 0-6 år

Det er kendetegnende for de tre supervisionsgrupper at:

- hovedparten af sagerne i denne aldersgruppe rejses på baggrund af lægens egne observationer/fornemmelser/bekymringer for et barn og familie, som ikke eksplicit har rejst sagen over for lægen.
- mindst halvdelen af sagerne i denne aldersgruppe involverer problematikker, der kan karakteriseres som svære, eller som børn med særlige behov.
- sagerne ligner hinanden på tværs af supervisionsgrupperne.
- det at markere grænser/holdninger og det at påtale problemer, som familierne ikke selv bringer op, dominerer lægernes professionelle udfordringer i sagerne i alle tre supervisionsgrupper.

Sager bragt op med børn fra 6-12 år

Det er kendetegnende for de tre supervisionsgrupper at:

- langt hovedparten af sagerne i gruppen skolealder involverer børn med særlige behov.
- langt hovedparten af sagerne i gruppen skolealder involverer komplekse sager med flere parallelle problematikker hos både barn og familie.

De tre grupper på tværs

De tre supervisionsgrupper afskille sig på følgende områder inden for denne kategori:

- Der er forskel på, hvem der rejser sagerne. I storbygruppen rejses alle sagerne af barnet/familien selv, i provinsgruppen er der nogle sager der rejses på baggrund af lægens bekymring/fornemmelse og på landet rejses halvdelen af sagerne på baggrund af lægens bekymring/fornemmelse.
- Der er forskel på, hvilke problematikker der fylder mest. I storbygruppen er det skilsmisserelaterede problemstillinger der dominerer, i provinsgruppen er det psykosomatiske problemstillinger der dominerer, og på landet er det omsorgssvigt og misbrug der dominerer.
- Der er forskel på, hvilke professionelle udfordringer lægerne arbejder med i supervisionsgrupperne, idet der er en tendens til at de sager der rejses på baggrund af lægens bekymring/fornemmelse involverer det at føle tvivl, afmagt eller usikkerhed på egen faglighed eller har relation til samarbejdspartnere. De sager der rejses på baggrund af henvendelser fra barnet/familien involverer overvejende udfordringer om at påtale problemer, som familierne ikke selv bringer op, hvilket kan tyde på at der er diskrepans mellem lægens og familiens opfattelse af problemet. Da der er væsentlig forskel på typen af sager, der er rejses i supervisionsgrupperne inden for gruppen 6 til 12 år, er der også væsentligt forskel på de professionelle udfordringer lægerne har arbejdet med.

Sager bragt op med børn og unge fra 12 år og opefter

Det er kendetegnende, at samtlige sager (på nær en enkelt) der blev bragt op i de tre supervisionsgrupper der omhandler unge patienter i teenagegruppen, kan karakteriseres som unge med særlige behov med komplekse og mangefaktorielle problematikker.

De sager der har været bragt op i supervisionerne i denne kategori i de tre grupper har været lidt forskellige, idet storbygruppen overvejende har haft sager med psykiatriske problematikker, provinsbygruppen overvejende har haft sager med psykiatriske og misbrugsproblematikker og gruppen fra landet har haft dominans af overgrebs- og misbrugsproblematikker.

Alle 4 temaer vedrørende lægernes professionelle udfordringer har været i spil i alle grupper i forhold til kategorien teenagere.

Opsummerende svar på evalueringsspørgsmålet: Kunne fokus i supervisionerne holdes på børnesager?:

Svaret er JA!

- De deltagende praktiserende læger kunne holde fokus på børnesager i de tre supervisionsgrupper.
- De sager, de praktiserende læger havde fokus på, på tværs af aldersgrupperne, var overvejende komplekse og involverede børn med særlige behov.
- De sager, lægerne præsenterede, involverede et bredt spektrum af professionelle udfordringer.

Evalueringssspørgsmål: Oplevede deltagerne at det havde betydning, om supervisor havde eller ikke havde specifik børnefaglighed? ⁹

Storbygruppen

Denne gruppe havde en supervisor, der var praktiserende læge og uddannet supervisor inden for Dansk Selskab for Almen Medicin, med inspiration fra Balintmetoden (Kaltoft & Thorngaard 2005). Supervisor havde ingen specifik børnefaglighed.

At supervisor ikke havde specifik børnefaglighed tillægges ikke betydning af deltagerne, og det fremhæves, at der ikke har fundet egentlig faglig vejledning vedrørende børnesagerne sted. Derimod fremhæves det positive i, at supervisor var "på samme niveau" som deltagerne og kendte arbejdsforholdene indefra.

Provinsbygruppen

Denne gruppe havde en supervisor, der var praktiserende læge og uddannet supervisor inden for Dansk Selskab for Almen Medicin, med inspiration fra Balintmetoden (Kaltoft & Thorngaard 2005). Supervisor havde ingen specifik børnefaglighed.

At supervisor var praktiserende læge tillagde gruppen ikke nogen central betydning i forhold til arbejdet med børnesager. Derimod fremhæver flere det som positivt, at supervisor har samme referenceramme, sprog og erfaring som deltagerne, hvilket kan give en oplevelse af tryghed. En enkelt fremhæver dog, at det kan betyde at der er for mange ensartede synsvinkler, og at en anden faggruppe ville kunne have suppleret med en anden tilgang.

Landgruppen

Denne gruppe havde en supervisor, der var uddannet psykolog med speciale i børn og unge.

⁹ I projektledelsens delrapport redegøres for baggrunden for rekruttering af de valgte supervisor.

Gruppen deler sig i to: de der fremhæver det som noget meget positivt at supervisor havde specifik børnefaglighed og de der mener det var mindre væsentligt. Den første gruppe fremhæver at det har betydet et væsentligt fagligt input at supervisor havde denne kompetence, at det har givet tryghed ved konklusionerne og at der er blevet set med nye øjne på praktiserende lægers opgaver. Den anden gruppe fremhæver at det ville have været en fordel at supervisor var praktiserende læge, idet det ville have betydet større indsigt i arbejdsvilkårene i almen praksis, og at supervisor måske havde en tendens til at overvurdere deltagerne.

Svar på evalueringsspørgsmålet

Det er naturligvis vanskeligt for deltagerne at vurdere hvilken betydning en anden supervisor eller supervisionsform ville have haft, idet de ikke har prøvet dette. Det er dog værd at bemærke, at i de to grupper, der ikke havde en supervisor med specifik børnefaglighed, var der INGEN der efterlyste dette. Ca. halvdelen af gruppen hvis supervisor havde specifik børnefaglighed, gav udtryk for at det ville have været en fordel med en supervisor der var praktiserende læge. Det ser altså ud til, at hovedparten af de deltagende læger foretrækker en supervisor med samme profession frem for en supervisor med indgående kendskab til det børnefaglige område.

Set fra et forskningsperspektiv er fordelene ved at projektets tre supervisorer ikke havde samme faglige baggrund og kendskab til børneområdet, at projektet kunne komme i gang inden for samme halvår. Ulempen var, at det var forskellige typer af ressourcer de tre grupper blev tilbudt, hvorfor det kan være vanskeligt at vurdere og sammenligne effekten af interventionen.

Evaluerings spørgsmål:

- **Hvad var deltagerne mest tilfredse med i supervisionen – og var der noget de var utilfredse med eller efterlyste i supervisionen?**
- **Hvad oplevede deltagerne som fremmende for arbejdet i supervisionsgrupperne?**
- **Hvad oplevede deltagerne som hæmmende for arbejdet i supervisionsgrupperne?**

Disse tre evaluerings spørgsmål er slået sammen, idet deltagerne i såvel deres mundtlige som skriftlige evalueringer af projektet fletter disse aspekter sammen.

Ser man på de aspekter, deltagerne har fremhævet som positive, udviklende, stimulerende og udfordrende ved arbejdet i supervisionsgrupperne, går følgende temaer igen:

- At supervisor havde lægefaglighed
- At supervisor havde specifik børnefaglighed
- At gruppens medlemmer kendte hinanden i forvejen
- At opleve at kollegaerne har samme eller tilsvarende problemer som én selv
- At få flere perspektiver på samme sag
- At dele hinandens erfaringer
- At få kollegaernes opbakning
- At reflektere over sin praksis
- At lære sine begrænsninger at kende

Herunder er nogle få eksempler på, hvordan lægerne formulerer dette:

Det vigtigste jeg har lært i supervisionsgruppen er at stole på min fornemmelse af, at der er noget galt, at turde verbalisere det over for forældrene, at familien og ikke kun barnet er lidende og at vi ofte er dem der må reagere, fordi der ikke er andre der gør det.

Undervejs synes jeg, at jeg via supervisionen fik en fin afklaring af, hvad jeg kan gøre i praksis og hvad jeg må overlade til andre.

Det er ikke farligt at sige tingene lige ud til forældrene, hvis man undervejs hele tiden forsikrer dem, at man arbejder mod samme mål, nemlig barnets tarv.

Jeg har lært at vi alle mere eller mindre står med de samme problemstillinger. Vi har givet hinanden nogle gode skulderklap og delt erfaringer med hinanden. Man lærer meget af at erfare hvordan andre tackler forskellige situationer. Vi har udvekslet vigtige adresser og aktører.

Det har betydet meget for mig at høre om mine kollegers sager og finde ud af, at det er de samme problemer, vi har, og den samme usikkerhed over, hvordan vi bidrager.

Jeg føler generelt at vi som kollegaer har været glade for hinandens tilbagemeldinger, og jeg har ikke oplevet at nogle af mine overvejelser/kommentarer har givet anledning til negative reaktioner.

At problemstillingerne og frustrationerne er de samme uanset hvor du praktiserer, eller hvor længe du har siddet i praksis.

Jeg synes, at supervisionsprocessen er det altafgørende; det er den, der sætter vores dagligdag i perspektiv og åbner øjnene for andre måder at gøre det på – eller for ligefrem at finde børnesager, hvor vi ikke så dem før.

Det vigtigste jeg har lært af mine kollegaer i gruppen er at information til børn/forældre er vigtigt før der indberettes til kommunen.

Ser man på de aspekter, deltagerne har fremhævet som utilfredsstillende, hæmmende, irriterende, irrelevante eller som de har manglet, går følgende temaer igen:

- Der har manglet variation i de metoder, der enten har været anvendt eller introduceret i supervisionsgrupperne.
- Supervisionsgrupperne kunne have været tværfaglige.
- Der har været givet for mange råd og stillet for mange spørgsmål.
- Kollegaers overvejelser, handlinger eller ikke handlinger har skabt frustration.
- Ikke at føle sig forstået på grund af supervisionsmetodikken.

Eksempler på hvordan lægerne formulerer dette ses herunder:

Jeg kunne godt tænke mig at have prøvet flere forskellige former for supervision – ikke i projektet, men for at vide, om der var andre former, der ville have passet bedre.

Vi var nok ved at køre lidt sur i supervisionen på et tidspunkt. Vi syntes at det bare var det samme og det samme hver gang, så det kneb med udbyttet. Det blev dog bedre til sidst, hvor vores supervisor varierede metoderne lidt. Det skulle nok have været gjort noget tidligere.

Man skulle have inviteret en socialrådgiver med til supervisionen fra begyndelsen.

Man kunne overveje en tværfaglig gruppe med deltagelse af både læger og socialrådgivere, så der blev en højere grad af erfaringsudveksling og "kulturforståelse og brobygning" mellem de to grupper.

Man kunne forsøge at inddrage andre faggrupper i selve supervisionen (hvis en sagsbehandler/PPR medarbejder/lærer/sundhedsplejerske mm fik løn for at deltage kunne det jo være at vi havde held til fælles overvejelser).

Vi læger kommer for let til at stille spørgsmål i stedet for at dele refleksioner.....

Jeg følte mig ikke forstået, qua supervision efter Balint-metoden, jeg måtte bare høre på og ikke gøre indsigelser.

En anden kollega havde en sag om mulig grænseoverskridende adfærd af et barn over for et andet. Kollegaen negligerede barnets symptomer og oplysninger, hvilket påvirkede mig meget. Jeg følte barnet forrådt af en voksen professionel. Og blev rigtig vred over dette.

Svar på de tre evalueringsspørgsmål

Generelt har deltagerne været meget glade for at få mulighed for at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, og de fleste angiver at det har været det absolut væsentligste ved projektet. For nogle har det været første gang de har været i supervision, andre er garvede supervisionsdeltagere og fungerer sågar som supervisor selv. En del efterlyser i evalueringen større variation i de metoder, der har været anvendt i supervisionsgrupperne, og nogle kunne godt have tænkt sig at supervisorerne var gået tættere på lægerne personligt.

Der er ingen tvivl om, at dét der har virket mest fremmende for arbejdet i grupperne har været selve princippet for supervision, at kolleger deler hinandens oplevelser og erfaringer med børn og familier. Herudover har der været en udstrakt "disciplin" i grupperne, alle kom til tiden og respekterede de regler grupperne vedtog, hvilket har medført seriøse og gode rammer for det arbejde der har fundet sted. Nogle deltagere hævder, at de har holdt sig tilbage i gruppen, særlig i forhold til at fremlægge sager. Dette kobles med forskellige årsager fra den unge læge der føler sig lidt usikker på om "sagen" fremlægges godt og relevant nok, til den mere erfarne læge der syntes metoden (supervision i form af et overvejende reflekterende team) er begrænsende. Nogle få læger efterlyser større styring af processen fra supervisorernes side, mens andre har været tilfredse med den forholdsvis tilbagetrukne rolle supervisor har i denne supervisionsform.

Evalueringssspørgsmål: Hvilken positiv og negativ betydning oplevede deltagerne af, at de i nogle grupper kendte hinanden og i andre grupper ikke kendte hinanden på forhånd?

De tre grupper blev etableret via projektledelsens kontakter i de pågældende lokalområder.

Storbygruppen udgjorde en eksisterende gruppe fra samme kommune - en vagtring.

Provinsbygruppen var sammensat af læger fra tre forskellige kommuner, der enten ikke kendte hinanden eller havde overfladisk kendskab til hinanden.

Gruppen fra landet var sammensat af læger fra tre forskellige kommuner, hvoraf de fleste ikke kendte hinanden på forhånd, men hvor to var i kompagniskab og en var den andens ægtefælles kompagnon.

I Storbygruppen og provinsbygruppen valgte de kontaktpersoner der etablerede grupperne selv at indgå i supervisionsgrupperne.

Der foreligger ikke skriftligt materiale eller beskrivelse af den information deltagerne har modtaget via kontaktpersonerne da de blev udvalgt til at deltage i projektet.

Storby: Her kendte lægerne hinanden og giver både i fokusgruppeinterviewet og i andre sammenhænge udtryk for, at de har sprunget nogle led over, at de kender og respekterer hinanden.

Provinsby: Her ser lægerne det som en fordel at de er blandet; nogle få kendte hinanden, andre ikke.

Land: Her ser lægerne det som en fordel at de er blandet; nogle få kendte hinanden, andre ikke.

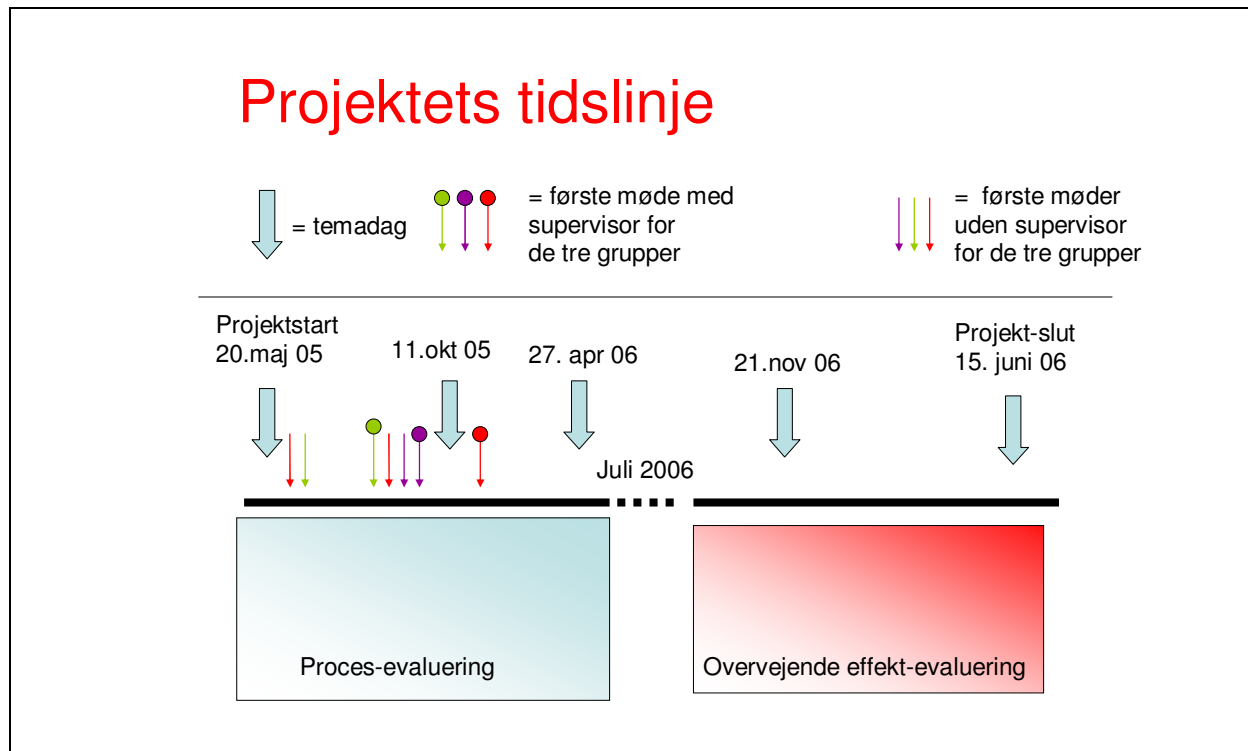
Svar på evalueringsspørgsmålene

Deltagerne i alle tre grupper har undervejs i projektet, i forbindelse med interview samt i den skriftlige slutevaluering, givet udtryk for, at de var glade for sammensætningen af læger i deres gruppe. Men flere deltagere har spurgt til baggrunden for, at det netop var dem, der blev inviteret til deltagelse i projektet, og ikke for eksempel deres kompagnon. En siger:

"Jeg troede, det var et tilbud til alle praktiserende læger her i området (...) og så fik jeg bagefter at vide, at det faktisk kun var mig, der var blevet spurgt. (...). Og så hørte jeg jo andre i byen, og der var nogen, der ikke var blevet inviteret, og så fandt jeg ud af, at det var åbenbart nogen, der var nynedsatte, som var blevet foreslået, tror jeg. Men min kollega som også er nynedsat, hun vil meget gerne være med, så har jeg sagt, at jeg tror ikke, man kan komme med, hun vil... hun er meget misundelig over det."

Der har med andre ord været tilfredshed med gruppesammensætningerne, hvilket også kan ses af alle læger på nær én har gennemført projektet, men der er stadig undren eller uklarhed omkring rekrutteringsstrategien blandt de deltagende læger.

Projektets startede med den første temadag den 20. maj 2005, hvor de fremmødte læger havde mulighed for at træffe hinanden i de enkelte grupper og møde de andre gruppers medlemmer. Grupperne var dog ikke alle fuldt formede på dette tidspunkt, og fordi de valgte supervisorer ikke alle havde tid til at starte samtidig med projektet kom grupperne i gang med supervisionen på forskellige tidspunkter. Projektledelsen vurderede det imidlertid vigtigere, at en del af projektet kom i gang end at grupperne startede med supervision på samme tid.



Alle tre grupper mødtes således før deres første møder med supervisorerne, dels ved temadagen den 20/5, dels på temadagen den 11/10-2005, hvor én gruppe stadig ikke havde haft supervision. Derudover mødtes grupperne til andre møder inden supervisoren kunne starte. Ved disse møder deltog projektets følgeforsker.

Gruppen fra storbyen afholdt det første møde som gruppe i børneprojektet den 14/6-2005, havde supervision første gang den 27/10-2005 og afviklede et møde med deres ressourceperson den 25/8-2005. På det pågældende møde var

gruppens supervisor tilstede. Denne var ikke på forhånd orienteret om mødets karakter, men havde planlagt at skulle starte supervisionen op den pågældende dag.

Gruppen havde til deres første møde fordelt forskellige opgaver imellem sig med henblik på at afdække de lokale ressourcer på børne-unge området. Herudover blev tiden brugt til at etablere kontakt til den lokale børne-unge chef der efterfølgende påtog sig at være gruppens ressourceperson. Mødet forud for supervisionens opstart bar præg af stor usikkerhed i forhold til, hvad supervision i børneprojektet var og kunne bruges til.

Gruppen fra provinsen afholdt deres første møde som gruppe i børneprojektet den 6/9-2005 og havde supervision første gang den 6/10-2005. Denne gruppe kendte ikke hinanden på forhånd, ud over fra temadagen den 20/5-2005 hvor ikke alle fra gruppen deltog. På det første møde blev der udtrykt stor frustration over at starte op uden supervisor og nogen usikkerhed i forhold til, hvordan gruppen skulle kontakte deres supervisor og aftale mødetidspunkter, da det var uklart om supervisor kunne kontaktes før oktober 2005. På det første gruppemøde blev det aftalt, at medlemmerne til det efterfølgende møde skulle undersøge de lokale ressourcer i de forskellige kommuner, gruppens medlemmer repræsenterede. Herefter startede gruppen med en runde om forventninger/tanker og erfaringer i forhold til temaer. Mødet var meget struktureret på trods af uklarhed om den forventede form og det forventede indhold i projektets møder.

Gruppen fra landet afholdt det første møde som gruppe i børneprojektet den 7/6-2005 og havde supervision første gang den 30/8-2005. Ved gruppens første møde var det endnu ikke lykkedes at finde projektdeltager nummer 7, hvilket gruppens medlemmer påtog sig at gøre selv. Procedurerne omkring denne var uklar, idet lægerne ikke selv kendte baggrunden for, at de selv havde fået tilbud om at deltage i projektet. Mødets indhold var herudover primært at drøfte erfaringer på børneområdet generelt, snakke om hvem den kommende ressourceperson kunne være, da det var svært at identificere én der kunne dække de forskellige kommuner lægerne repræsenterede, samt drøfte den kommende supervision, en ny metode for de fleste af denne gruppes deltagere.

Svar på evalueringsspørgsmålet

Alle tre grupper afholdt møder forud for deres første supervisionsmøder og havde herudover mulighed for at træffe hinanden på projektets temadag(e). At de startede før deres supervisor anvendte alle grupper så konstruktivt som muligt, idet de gik i gang med at undersøge deres lokale ressourcer og brugte tiden til at udveksle erfaringer, forventninger og fordomme vedrørende børneområdet. For den gruppe der måtte vente længst på deres supervisor, gruppen fra provinsen, var der størst frustration over dette, og et par deltagere fra denne gruppe udtalte at "det er en elendig måde at starte op uden supervisor". Denne gruppe var også den, hvor færrest kendte hinanden på forhånd.

Samlet kan der på dette spørgsmål svares, at **det oplevedes som positivt:**
at grupperne havde mulighed for at mødes mere uformelt, at især gruppen fra storbyen, hvor medlemmerne kendte hinanden på forhånd, fandt deres ressourceperson inden de påbegyndte supervisionen. Dette betød, at gruppen havde en væsentlig opgave på plads meget tidligt i projektet og ikke efterfølgende behøvede at bruge tid på dette under supervisionen.

Den negative betydning af, at grupperne startede op inden supervisor blev tilknyttet var, at der i alle tre grupper herskede uklarhed i forhold til hvad supervision i børneprojektet ville være og kunne bruges til, at det gav en dårlig stemning i én gruppe, og at denne gruppe vidste, at de ikke kom i gang samtidigt med de andre grupper.

Evalueringsspørgsmål:

- **Hvad syntes deltagerne selv, de opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i deres rolle i enkeltsager?**
- **Hvad synes lægerne selv, de ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?**

Spørgsmålene er slået sammen, idet besvarelsen af disse spørgsmål er overlappende .

Først præsenteres casene ganske kort (de seks omfattende cases som findes som bilag nr. 6, 7, 8, 9, 10 og 11). Derefter præsenteres opsamlingerne og delanalyserne af hver af de seks lægers svar i forhold til evalueringsspørgsmålene. Dernæst inddrages alle de deltagende lægers svar på spørgsmålene i den skriftlige afsluttende evaluering. Til sidst perspektiveres opsamlingerne og delanalyserne med en analyse set fra forskernes perspektiv, hvor der blandt andet inddrages teorier om voksenlæring og læring i arbejdslivet, og der konkluderes samlet på spørgsmålene.

Case 1 Tove

Tove er i midten af 30'erne. Hun kommer fra en religiøs baggrund hvor familien var engageret i blandt andet hjælpearbejde og børnesponsorater. Dette har præget Toves opfattelse af børn der er dårligt stillet, og, oplever hun selv, har givet hende nogle særlige forudsætninger.

Børn betyder meget for Tove, der gennem sit studium regnede med at skulle være børnelæge, men valgte almen praksis fordi vagtarbejdet på sygehuset blev for stort et pres når det samtidig er vigtigt for Tove at være mor. Hun siger: *Jeg er meget mor, at være mor betyder meget for mit liv og den måde jeg fungerer på.*

Tove er forholdsvis nynedsat praktiserende læge, arbejder i en delepraksis og har en ugentlig fridag. Tove har allerede haft en del kontakter med børn og familier i praksis. Tove kender til supervision fra sin uddannelse, men har ikke været i en supervisionsgruppe efter at hun blev praktiserende læge.

Case 2 Troels

Troels har været praktiserende læge en del år og er i midten af 40'erne. Han arbejder i en kompagniskabspraksis med praksispersonale tilknyttet.

Troels arbejder mellem 50 og 60 timer om ugen, er gift og har tre børn. Troels har ikke tidligere været med i en supervisionsgruppe, men begynder i en ny gruppe parallelt med børneprojektets supervisionsgruppe.

Troels beskriver sig selv som én der ikke er god til store systemer, men kan lide at kunne handle her og nu som man kan i praksis. Han siger: *Jeg er familielægen, det sætter jeg en meget stor streg under, men jeg vil jo altid tage parti for den svageste og det må være barnet. Jeg kunne godt tænke mig at mine børnepatienter siger om mig, at det er en person du kan gå ned til, hvor du kan være tryk ved, at hvis du har et eller andet, så vil han tage det alvorligt.*

Case 3 Anna

Anna er i slutningen af 50'erne. Hun har været læge i 30 år, heraf praktiserende læge de sidste 10 år i en solopraksis uden andet personale, hun bestemmer selv sin arbejdstid, og siger at hun ikke arbejder meget mere end hun selv har lyst til.

Anna er på tiende år med i en anden supervisionsgruppe.

Anna vil gerne være læge på en måde som skaber rum for bredden, med plads til hele personer, men hun syntes ikke der er så meget tid til det som hun gerne ville og oplever, at hverdagen bliver for meget præget af naturvidenskab.

Case 4 Anders

Anders er i slutningen af 30'erne og er nynedsat i kompagniskabspraksis. Anders er den første akademiker i sin familie og er på tidspunktet for det første interview ikke startet som praktiserende læge endnu, men skal snart indgå i en samarbejdspraksis. Han er gift med en selvstændig akademiker og har to børn.

Anders forklarer, at det er et hovedprincip i hans liv at man skal yde mere end man får, og hvis alle gjorde det, ville verden være et bedre sted at være. Anders har et stort behov for at bestemme selv, at kunne sætte præg på sin hverdag, og det er baggrunden for han er blevet selvstændig. Anders er meget engageret når han taler om børn, og han siger:

Det er min livsholdning, at alle mennesker er i bund og grund født med et ønske om at blive elsket og gøre ting godt, det tror jeg på, og grunden til, at børn bliver som de bliver, når de bliver voksne, (...) Og jeg tror på, at hvis andre voksne mennesker hører de børn, så har man en chance for at få dem tilbage, til at blive nogle rimelige voksne mennesker, som ikke vil gøre det samme ved deres børn, og derved bryde den cirkel, at der er nogle nye børn, som skal lide, derfor kan jeg næsten ikke holde ud, hvis jeg overhører et barns skrig om hjælp, og jeg ved jo, at børn kommer med de der appeller for hjælp bevidst eller ubevidst, hvis man lader dem gøre det, hvis man ikke lukker af.

Case 5 Solvej

Solvej har været praktiserende læge i 8 år i en kompagniskabspraksis og arbejder fuld tid. Hun er gift og har to børn.

Solvej synes det er spændende at tage hånd om flere ting hos samme person og følge enkeltpersoner og familier over længere tid, det at hun nogle gange ikke aner hvad folk snakker om til at begynde med, men finder ud af det når hun lærer folk bedre at kende.

Det hårde ved arbejdet som praktiserende læge er, siger Solvej, at patienterne somme tider har urealistiske forventninger om hvad lægen skal kunne klare for dem.

Case 6 Søren

Søren er i begyndelsen af 40'erne og i en kompagniskabspraksis. Søren havde oprindeligt en anden sundhedsfaglig uddannelse. Da han begyndte at læse medicin, troede han, at han skulle være narkoselæge, indtil han fik øjnene op for almen praksis. Her finder han lægearbejdet meget mere helstøbt, med mange muligheder for at lave det man er interesseret i, særlig når man er i et lægehus med mange andre læger.

Selvom der er mange facetter i jobbet, beskriver han det som et *talefag*, hvor stetoskopet kun har symbolsk betydning. Men Søren er også god til at bruge hænderne og kan lide at opleve, at han udretter noget med dem.

Søren mener, at faren ved at blive for *familielægeagtig* er, at man bliver for subjektiv og for involveret. Hvis man er venner med sine patienter, kan man ikke handle.

Søren beskriver sig selv som meget socialt indstillet, meget til gruppearbejde. Han har en fast struktur om arbejdet, er god til at planlægge og går aldrig hjem senere end kl. 16.00 og har aldrig noget arbejde med hjem.

Han er gift og har 4 børn.

Besvarelse af evalueringsspørgsmålene.

Opsamling og delanalyse ud fra de seks cases

Case 1.

Hvad syntes Tove selv, hun opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i sin rolle i enkeltsager? Og hvad synes Tove selv, hun ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?

Tove er gennem deltagelsen i projektet blevet bekræftet i sin store interesse for børn og familier med særlige behov. Hun har udviklet sig meget på det personlige plan, har fået mere mod til at tage fat på vanskelige sager og er blevet bedre til at kommunikere med børn. Tove har taget projektets læringsredskaber til sig, og har som forholdsvis ny læge haft stor glæde af at deltage i den kollegiale supervisionsgruppe. Tove har ikke fået erfaringer med samarbejdet med de øvrige kommunale aktører på børneområdet og ser dette som et vigtigt indsatsområde fremover.

Set i forhold til projektets målsætning er Tove blevet væsentligt bedre og mere sikker i forhold til identifikation af en børnesag. Hun er usikker på visitationsdelen, da hun oplever at hun hverken kender systemerne, de konkrete samarbejdspartnere eller de tilbud der evt. er/ikke er gode nok. Det betyder at den del af projektets målsætning der omhandler intervention ikke er fuldt opnået, da Tove har et godt overblik over egen rolle og handlemuligheder, men ikke over de øvrige aktører i et sagsforløb.

Tove svarer i den afsluttende skriftlige evaluering følgende på spørgsmålet: Hvis du skulle starte dette projekt forfra, eller (selv) skulle starte et lignende projekt for andre, hvad ville du så gøre anderledes?

”Jeg kunne godt tænke mig, at man kunne starte et nyt børneprojekt, hvor man fra starten havde indtænkt en tværfaglig sammenhæng – et samarbejde som kunne styrke den tidlige indsats med at forebygge at børnesager når at vokse sig for store og uoverskuelige, fordi problemer enten ses for sent eller fordi den nødvendige tværfaglige indsats ikke eksisterer. Som nævnt tidligere ser jeg det som en oplagt mulighed at etablere en kontakt til sundhedsplejerskerne, for sammen med dem at få et godt og stabilt samarbejde omkring børnene fra de helt spæde år.”

Case 2.

Hvad syntes Troels selv, han opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i sin rolle i enkeltsager? Og hvad synes Troels selv, han ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?

Troels oplever uden tvivl at have fået flere redskaber, som er anvendelige i hans daglige arbejde med børn og familier. Først og fremmest har han fået den pondus, han ønskede sig og fra projektets start efterlyste, til at sætte ord på fornemmelser og på svære problematikker. Dette har medvirket til en øget fornemmelse af faglighed og bevidsthed om, hvad praktiserende læger kan, og at de ved meget hvis de systematiserer det lidt mere. Herudover er det blevet klart for Troels at det praktiserende læger har at byde på er anderledes end det, andre eksperter på børneområdet repræsenterer. Det at projektet har været så langstrakt har givet mulighed for fordybelse og refleksion i gruppen, der har været præget af tryghed og seriøsitet, og Troels siger at overvejelser om børn er blevet en del af hverdagen.

Troels er meget frustreret over det faglige niveau han møder for eksempel i daginstitutioner, som han syntes burde være langt mere opmærksomme på udsatte børn, da personalet der jo ser børnene i dagligdagen. Forvaltningen håndterer problemer der ligger langt fra de problematikker der fylder i Troels praksis, og han sidder tilbage med en følelse af, at der reelt ikke er nogen andre der tager sig af sagerne, at de ofte ender uløste tilbage på hans bord.

Set i forhold til projektets målsætning har Troels fået mere sikkerhed i forhold til identifikation af en børnesag, han er uklar i forhold til visitationsdelen, da han oplever, at den type sager han er involveret i ikke håndteres professionelt nok, og at sagerne ender tilbage på hans skrivebord. Det betyder at den del af projektets målsætning der omhandler intervention heller ikke er opnået. Han har valgt ikke at besvare den skriftlige evaluering.

Case 3.

Hvad syntes Anna selv, hun opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i sin rolle i enkeltsager? Og hvad synes Anna selv, hun ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?

Anna har været glad for at være sammen med sine kollegaer i supervisionsgruppen. Hun syntes det var godt, at supervisor var praktiserende læge og på den måde talte samme sprog som gruppens medlemmer. Hun beskriver gennem forløbet flere eksempler på "guldkorn" hun har fået med og som har været direkte anvendelige i arbejdet med børn og forældre. Anna har ikke haft mange cases oppe i gruppen. Dette kæder hun sammen med, at hun syntes at den Balint-inspirerede metode ikke var så god, at hun syntes hun fik for mange råd, og at den manglende taletid for hende som caseholder kom til at betyde at for mange misforståelser. Hun siger:

"Jeg synes mange gange i stedet for refleksioner, fik jeg råd, og det har jeg, det kan jeg bare ikke have. Og når jeg ikke må sige noget og ikke må sige, jeg gider ikke høre jeres råd, jeg vil have jeres refleksioner, så sidder man sådan lidt ..."

Anna peger på, at hun har brug for fortsat at arbejde med alle dele af projektets målsætning. I forhold til identifikationsdelen har Anna fået mange flere redskaber, men oplever også et fortsat behov for at arbejde med at finde om *bag facaden og opdage de udsatte børn*, særlig i forhold til de mindre alvorlige sager.

I forhold til visitation har Anna brug for mere viden om den kommunale side af sagen, om hvem og hvad kommunen kan tilbyde. Hun er meget frustreret over, at hun ikke syntes hun er kommet spor videre med dette mål i hele projektforsøbet.

I forhold til at intervenere i en børnesag beskriver Anna sig som stadig meget usikker på, hvem (og hvordan) andre aktører kontaktes. Hun ved ikke om hun kan opstille realistiske mål for intervention, da hun ikke har prøvet det endnu.

Anna svarer i den afsluttende skriftlige evaluering følgende på spørgsmålet: Hvis du skulle starte dette projekt forfra, eller (selv) skulle starte et lignende projekt for andre, hvad ville du så gøre anderledes?

Starte med grundig indføring i redskaberne: portefølje, flowchart, 4 P'er, så de var naturlige at bruge når projektet gik i gang.

Sørge for fast del på stormøder med 'erfaringsudveksling' i storgruppen, også selvom det tog tid.

Måske spørge til deltagernes vidensbehov, når man planlagde undervisning på temadage.

Når nu et af målene var at skabe lokal kontakt til forvaltningen, skulle man sørge for at alle i en gruppe hørte til samme kommune.

Case 4.

Hvad syntes Anders selv, han opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i sin rolle i enkeltsager? Og hvad synes Anders selv, han ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?

Anders påpeger at hvis man ser på projektets overordnede målsætning, så er der ikke særlig mange ting, der er blevet opfyldt, men det har ikke generet ham. Han siger:

"Hvorfor det ikke har generet mig, det ved jeg egentlig ikke. Det er ikke min opgave, jeg mener ikke, det er min opgave. Det er supervisors (...) han er blevet ansat til at forvalte det i mine øjne, for mig at se er han ansat til at forvalte, forvalte projektets ånd, og så er der sådan nogle biting, som I skal have ud af det for at kunne lave en eller anden rapport eller sådan et eller andet, og det vil jeg blankt erkende, det har jeg ikke skænket en tanke, det må I selv om."

Anders peger på to ting som er de vigtigste, han har fået ud af at deltage i Børneprojektet.

Det ene er at få et øget fokus på familiens betydning i enhver børnesag, på samspillet mellem barnet og forældrene. Men han påpeger at det mener han, at det ville han nok have sagt, uanset om han havde deltaget i projektet eller ej.

Det andet er det at turde tage fat på problemerne, turde bede forældrene om at komme op til en samtale. Han siger om dette:

"men det tror jeg, jeg havde gjort alligevel, men formentlig med væsentlig mere uro, jeg er godt klar over, jeg ikke er Ugandamester i det her, men jeg er bedre til det, end jeg var."

Anders har fået nogle erfaringer med at kontakte sundhedsplejersken og skolelærere, og erfaringerne har været gode. Han siger:

"Hvis en læge ringer og siger, jeg er bekymret sådan og sådan, (...) så kan jeg jo mærke, at det at det betyder noget, det gør en forskel, og jeg har også kunnet mærke, at der har været en taknemmelighed eller en positiv overrasket glæde over, at jeg har villet gøre det, at jeg har villet bekymre mig over det her overhovedet, det er ikke særligt almindeligt åbenbart stadigvæk, at praktiserende læger gør det."

Det er derfor noget, Anders helt klart kommer til at fortsætte med at gøre. Men han siger:

"Igen, jeg ved ikke, om denne her gruppe havde gjort en forskel for mig, for præcis sådan en som mig, for det tror jeg ikke, det tror jeg ærlig talt ikke. Det at for eksempel kontakte skolen har jeg altid gjort i alle mulige andre sammenhænge, så det ved jeg ikke, om jeg ikke hele tiden havde gjort, der tror jeg nærmere, man skulle spørge en af de andre, som er væsentlig mindre udadfarende."

Set i forhold til børneprojektets målsætning er Anders ved projektets afslutning stadig på vej i forhold til alle tre overordnede mål. Han arbejder med identifikationsmålet, men oplever sig fortsat usikker på samtaler med børn og unge. I forhold til visitationsmålet har Anders ikke overblik over, hvilke tilbud der er til børn og unge lokalt, og efterlyser øget samarbejde med kommunale sagsbehandlere, og endelig i forhold til målet om intervention har Anders fået nogle erfaringer i forhold til samarbejde med skoler og sundhedsplejersker, men har ikke det overblik der skal til for at kunne inddrage alle andre relevante aktører i en eventuel børnesag.

Anders svarer i den afsluttende skriftlige evaluering følgende på spørgsmålet: Hvis du skulle starte dette projekt forfra, eller (selv) skulle starte et lignende projekt for andre, hvad ville du så gøre anderledes?

Skabe tættere kontakt til øvrige aktører ved at gøre supervisionsgruppen tværfaglig.

Droppe porteføljen.

Gøre temadagene mere målrettede mod relevant vidensformidling/cases frem for at høre hvordan de enkelte grupper har det.

Droppe begrebet ressourceperson.

Være sikker på at supervisor er fundet og klar til projektets start.

Case 5.

Hvad syntes Solvej selv, hun opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i sin rolle i enkeltsager? Og hvad synes Solvej selv, hun ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?

Der er ingen tvivl om, at Solvej har fået et stort personligt og fagligt udbytte ud af at deltage i projektet, hun er blevet bedre til at spotte udsatte familier og til at tage vanskelige emner op, og hun er kommet ud over mange af sine fordomme om det sociale område ved at få konkrete samarbejdserfaringer med forvaltningen og ved at møde repræsentanter derfra gennem supervisionsgruppen. Solvej er en af de eneste blandt lægerne i projektet, der angiver at have opnået så positive erfaringer i forhold til dette mål.

Men Solvej er usikker på, om det hun har lært er det projektet havde som mål, og hun er usikker på, om tiden kunne have været brugt endnu bedre. Hun peger på manglende deltagerstyring og uklarhed omkring baggrunden for målsætningen som medvirkende årsager til dette. Hun siger:

"Jeg har tænkt at vanskeligheden med hele det her projekt er, hvad er det egentlig man mener, vi skal blive bedre til? Det har ikke været klart defineret, fordi man har ikke udtrykt, hvad det var, man synes, vi ikke gjorde godt nok, så på den måde er det jo også et meget løst projekt (...) jeg ved godt, det kan lyde negativt, når jeg siger, hvad er det, man synes, vi skulle være bedre til, jeg mener det ikke negativt, men hvis man spørger, så må det være fordi man har en eller anden formodning om, at et eller andet kan man nok rykke. Men der er jo ikke rigtig noget klart billede af, hvad det er, der skal rykkes, (...) altså når man har den der fornemmelse af, at der er noget galt her, at blive bedre til at sætte ord på det og bedre til at lave beskrivelserne, og det er der, hvor jeg synes at når man får sådan en bog som Carr, altså det er jo dødfødt (...)"

For naturligvis bliver man bedre til noget, når man fokuserer på det i 2 år, påpeger Solvej, og muligheden for at gå i supervision er en gave, men som hun siger:

"Når man siger, nu skal vi tænke børn, det er jo meget bredt, men så tænker vi børn, og selvfølgelig bliver vi bedre til at tænke børn, for det gør vi så i 2 år, men om vi så når det, som man forestiller sig eller bliver opkvalificeret på de områder, som man tænker sig, det er jo svært at sige, så hvis man har haft en ide om, hvad det er, vi godt kunne lære eller blive bedre til, så har du i hvert fald et fokus på det, hvis du formidler det, så når du længere. (...) du kan jo sagtens få noget ud af det, supervisionen i sig selv kan du jo sagtens få noget ud af, uanset om det er i et projekt eller ikke er i et projekt, så jeg synes da sagtens man kan bevæge folk, men det man kan diskutere, det er, om man kan nå mere på den tid. (...)som udgangspunkt, så tror jeg, at man er nødt til at have et billede af (...) hvad det egentlig er for en type ting, der er så vanskelige at håndtere i praksis, og hvis du har det defineret, så kan du også godt planlægge og sætte nogen mål for, hvad det er for en læreproces og hvad det er for, altså hvad det er for nogle ting, man gerne vil have puttet ind, klart."

Svaret på, hvad Solvej selv mener hun opnåede/ikke opnåede i forhold til projektets målsætning, er således ikke entydigt, idet målsætningen har været uklar for hende. Hvor uklar ses af det svar hun skriver i den afsluttende skriftlige evaluering på følgende spørgsmål: Hvis du skulle starte dette projekt forfra, eller (selv) skulle starte et lignende projekt for andre, hvad ville du så gøre anderledes?

"Allerførst vil jeg sige, at det har været fantastisk at være med, særlig supervisionen har været meget givende, og jeg betragter mig som værende meget heldig, at jeg fik chancen for at være i en af grupperne.. (...)

Hvad angår den overordnede målsætning er der formentlig ingen, der ville være i tvivl om, at man kan styrke en persons viden og færdigheder inden for et område ved supervision igennem 2 år, men hvorfor så gøre det til et projekt? I løbet af projektet havde jeg en periode, hvor jeg blev lidt frustreret, da jeg synes målbeskrivelsen egentlig var lidt uklar.

Så kan man jo undre sig over, hvorfor det ikke frustrerede fra starten af projektet, men jeg tror, bare det at få chancen for at fokusere på og blive superviseret i et væsentligt emne igennem længere tid var incitament nok og som sagt, ingen tvivl om at processen er lærerig.

Men når man så har arbejdet med emnet igennem nogen tid (for mit vedkommende godt 1 år) synes jeg mange tvivlsspørgsmål og frustrationer er mere eller mindre afklaret, og heldigvis var der så stadig tid til at "træne sig selv" via supervisionen og prøve at opnå nogen rutine i de tillærte ting.

Men det jeg ikke kunne få hold på var, om jeg nu også havde lært at finde de sager, jeg burde finde? Har jeg nogen blinde punkter? Er der nogen, der har en holdning til, hvad man burde kunne, og i så fald, har vi i grupperne nået det? Og hvis vi ikke har nået det, kunne vi så have været mere fokuseret, hvis vi klart havde fået at vide, hvilke områder vi havde problemer med?

Jeg har en formodning om, at en mere detaljeret målbeskrivelse og et mere klart billede af, hvor langt vi burde nå, ville have givet et endnu større udbytte af disse 2 år. (...)

Men ingen tvivl: det har været en gave at få lov at være med. Så tak for det!"

Case 6.

Hvad syntes Søren selv, han opnåede ved at deltage i Børneprojektets supervisionsgrupper, personligt, fagligt og i forhold til sikkerhed i sin rolle i enkeltsager? Og hvad synes Søren selv, han ikke fik lært eller opnåede i forhold til projektets målsætning?

Søren synes selv, han har fået meget ud af at deltage i børneprojektet. Han har for eksempel ændret praksis i forhold til inddragelse af familien, når han henvender sig til kommunen, og han har, som han udtrykker det, fået et sprog, når han skal henvende sig skriftligt til for eksempel børneafdelingen. Ved at

deltage i supervisionsgruppen har Søren fundet ud af, at selv ældre og respekterede kollegaer også kan have svært ved at håndtere sager med udsatte børn og familier, at det ikke kun er ham som ung ny læge. Via samspillet i gruppen har Søren fået mange gode ideer til, hvordan man kan tackle sagerne, og selvom Søren ikke synes supervisionen har været på dét personlige plan han kunne have ønsket sig, har det fungeret så godt i gruppen, at de har besluttet sig for at fortsætte som supervisionsgruppe efter børneprojektet.

Dette er en meget central pointe i forhold til, hvad Søren har oplevet at supervisionen kan give ham som læringsinstrument. At være usikker sammen med ligestillede og finde løsninger i fællesskab giver stor legitimitet, specielt i et fællesskab der er baseret på praksis. Dette understreges når Søren fortæller, at han ofte på kurser og lignende er enormt irriteret på speciallæger og andre specialister, som han oplever taler ned til ham som praktiserende læge, fordi de har den holdning at *"vi skal kunne det de kan"*. Dette er også baggrunden for, at Søren finder den teoretiske undervisning der har fundet sted i børneprojektet meget kedelig, at han ikke oplever den har hængt sammen med supervisionen og at den har været svær at omsætte relevant til den praksis han kender. Søren giver udtryk for, at han gerne vil øge sin faglighed ved at læse teori, men det ikke er lige meget hvilken teori det er. Han giver udtryk for, at teorien gerne skal kunne have forklaringsværdi i forhold til praksis. Det har han fundet i Kari Killens bøger, som hans kone har introduceret ham til. Som eksempel beskriver Søren, at han har nuanceret sit syn på familier med få ressourcer, at det ikke nødvendigvis er en god ide at få børn tvangsfjernet fordi institutionsophold også er meget belastende.

Sørens erfaringer med samarbejdet med socialforvaltningen beskriver han som *udmærket*, og han får den tilbagemelding herfra som han lovgivningsmæssigt har krav på. At det så efter Sørens mening ikke er nok, at reglerne spænder ben for at læger og sagsbehandlere kunne samarbejde mere konkret i enkeltsager, er noget Søren har accepteret.

Søren har ikke haft oplevelsen af at være med i et projekt, han har været med først og fremmest i en supervisionsgruppe, projektet er noget der tilhører ledelsen og forskerne. Søren har faktisk overvejet, om projektet i virkeligheden

handler om noget helt andet end det, han har sagt ja til at være med i. Det skyldtes den store vægt der har været lagt på evalueringer og på at deltagerne skulle anvende for eksempel LEARN-skemaer og portefølje. Han siger:

"Det der med, at du videofilmede os og det der med porteføljen, der har jeg nogle gange tænkt gad vide, om det er en undersøgelse af, om praktiserende læger gør alt, hvad de bør, jamen sådan et eller andet, det kunne godt være. (...) det godt kunne være sådan et studie i, hvordan læger opfører sig i grupper, eller (...) kan man få læger til at gøre noget, de ikke har lyst til, og I så har sammenlignet med et hold bagere. (...) At vi deltog i et eller andet observationsstudie ja, den tanke har jeg haft nogle gange. (...) den portefølje, (...) fordi jeg syntes, I pressede meget, altså med de der ting på et tidspunkt, (...) og så tænkte jeg sådan lidt, om det var ja, det var ligesom det var et andet projekt, men jeg har haft det sådan, at det var ikke mit projekt, det var jeres projekt, synes jeg (...) og så tænkte jeg, det gør mig egentlig ikke noget, bare jeg får noget ud af det der med supervisionsgruppen, tænkte jeg. (...) så altså hvis jeg kunne slippe for LEARN-skemaer og den der portefølje, så ville jeg godt have, der var 4 Bibi'er i projektet."

Søren har således ikke eksplicit forholdt sig til projektets målsætning, som han ikke på nogen måde har følt medejerskab til. Tværtimod, som det fremgår, har Søren overvejet, om der har været en skjult dagsorden i projektet. Men ser man udefra på det Søren fortæller, på det Søren har bidraget med i supervisionsgruppen og på hans tilbagemelding i den skriftlige slutevaluering kan følgende dog konkluderes i forhold til målsætningen: Søren har flyttet sig på alle tre områder, men beskriver også, at han fortsat har brug for træning i forhold til identifikation og visitation i en børnesag. Især ideer til selve samtalen med børn og forældre om svære emner, konkrete rundbordssamtaler med relevante samarbejdspartnere efterlyses. Søren mener ikke at have behov for at arbejde yderligere med målet vedrørende intervention.

Søren svarer i det afsluttende interview følgende på spørgsmålet: er der noget du gerne vil have formidlet videre til projektledelsen her til sidst.

"Jeg vil da godt sige tak, fordi jeg må være med, jeg synes, det har været rigtig, det har rykket noget ved mig, det er også så bredt, så det kan... det er ikke alt, jeg synes er godt, men altså muligheden for at komme med i en supervisionsgruppe, det har været en virkelig øjenåbner for mig og noget af undervisningen har også været godt"

Besvarelse af evalueringsspørgsmålet: Set fra den samlede lægegruppes skriftlige tilbagemeldinger i den afsluttende evaluering.

Identifikation

Deltagerne blevet bedt om at svare på, om de ved projektets afslutning havde brug for at arbejde yderligere med identifikation af en børnesag, det vil sige føle sig sikker på hvornår det er en børnesag, hvad dette bygger på, at vide hvornår det er en mulig børnesag og at kunne beskrive hvad der er taget stilling til, når man siger det ikke er en børnesag. Her svarede 1/3 af deltagerne i storbygruppen, 2/3 af deltagerne i provinsgruppen og knap halvdelen i gruppen fra landet, at det havde de brug for at arbejde videre med – resten oplevede ikke de har brug for yderligere træning eller efteruddannelse på dette område på nuværende tidspunkt

Visitation

Deltagerne blevet bedt om at svare på, om de ved projektets afslutning havde brug for at arbejde yderligere med visitation af en børnesag, det vil sige, det at kunne visitere en børnesag lokalt med udgangspunkt i hvad sagen kræver og vide hvilke professionelle aktører der er relevante at inddrage, samt hvad egen rolle er i sagsforløbet og hvilke barrierer/ressourcer der ses i lokalmiljøet. Her svarede alle deltagere i Storbygruppen, alle deltagere i provinsbygruppen og fem ud af syv af deltagerne fra landet, at dette mål har de brug for at arbejde yderligere med. Af de to læger, der giver udtryk for at de ikke har behov for at arbejde yderligere med dette mål, uddyber den ene ikke dette, den anden (Solvej) uddyber dette gennem det kvalitative interview. Af projektets interview

og observationsdel fremgår det, at der trods tilbagemeldinger om behov for at arbejde yderligere med dette er flere deltagere, der har flyttet sig i forhold til udgangspunktet.

De læger, der peger på behov for at arbejde yderligere med dette mål, fremhæver specielt et fortsat manglende konkret overblik over, hvilke tilbud der er for børn/unge lokalt, der efterspørges øget samarbejde og kendskab til sagsbehandlerne, der er fortsat uklarhed i forhold til grænsen mellem det lægelige og det sociale arbejde for flere, og for mange læger får ikke altid tilbagemeldinger på deres handlinger og henvendelser og har derfor vanskeligt ved at vurdere, hvem og hvad der konkret er brug for i et tværfagligt sagsforløb.

Intervention

Deltagerne blevet bedt om at svare på, om de ved projektets afslutning havde brug for at arbejde yderligere med intervention i en børnesag, det vil sige at kunne handle relevant i forhold til observation, egen undersøgelse og behandling, inddragelse af andre aktører og afklaring af egen rolle i det videre forløb, samt kunne opstille realistiske mål for interventionen. Her svarede fem ud af seks i storbygruppen, alle i provinsbygruppen og fem ud af syv i gruppen fra landet at det havde de.

En skriver for eksempel:

"Jeg mærker fortsat en usikkerhed på dette område. Fortsat træning under supervision kan være en mulighed"

En anden skriver:

"Jeg har brug for at kunne henvise til de rette aktører uden det er en indberetning. Jeg mangler kendskab til alle relevante aktører. Igen behovet for at finde en god ressourceperson i lokalområdet."

På baggrund af oplevelsen af det generelt manglende kendskab til samarbejdspartnere og manglende eksisterende tværfagligt samarbejde pegede

mange læger på, at der er brug for fortsat at arbejde med dette mål, én skrev at der er brug for livslang træning på dette område.

Opsamling og delanalyse af de skriftlige evalueringssvar fra alle læger vedrørende lægernes udbytte i forhold til projektets målsætning

Opsummerende må det konstateres, at når man spørger deltagerne, er der fortsat er meget at arbejde med i forhold til en målsætning som den, der blev opsat for deltagerne i dette projekt. Målet om identifikation er set fra disse besvarelser delvis indfriet, målet om visitation for to gruppers vedkommende slet ikke indfriet og for en gruppes vedkommende delvis indfriet, og i forhold til målet om intervention er dette indfriet i forhold til meget få deltagere.

Det er dog også væsentligt at påpege, at der ikke nødvendigvis har været overensstemmelse mellem de enkelte deltageres personlige målsætninger og projektets målsætning.

Det er således meget tydeligt i forhold til den generelle tilbagemelding fra alle lægerne, at de oplever at de først og fremmest har fået meget ud af at deltage i supervisionsgrupperne, og at de herigennem har fået mere mod og er blevet bedre til at sætte ord på vanskelige sager, og følgende temaer fremhæves som specielt positive:

- At opleve at kollegaerne har samme eller tilsvarende problemer som én selv.
- At få flere perspektiver på samme sag.
- At dele hinandens erfaringer.
- At få kollegaernes opbakning.
- At reflektere over sin praksis.
- At lære sine begrænsninger at kende.
- At have tid.

Deltagere fremhæver også at, på trods af blandede erfaringer med hvad der skal til, og måske specielt hvad der *ikke* skal til for at etablere tværfaglige samarbejder omkring børn og familier med særlige behov, er de gennem projektdeltagelsen blevet bevidste om, hvad de har at byde ind med som praktiserende læger i en tværfaglig børnesag, herunder:

- Lægefaglig viden,
- Større bredde i området,
- Somatisk og psykosocial vurdering,
- Kendskab til familierne over tid og på tværs af generationer,
- Identifikation af en børnesag,
- At være barnets advokat eller patientens ven,
- Forebyggelse af, at der opstår en børnesag,
- Et bredere syn på sagen,
- Repræsenterer en anden kultur,
- Myndighed i forhold til at træffe beslutninger,
- Professionel vurdering,
- Sikre indsigt og stillingtagen der er uafhængig af forvaltningen,
- Kan skelne mellem trivselsproblemer der skyldtes fysisk/psykisk sygdom hos barnet i forhold til problemer der er overvejende socialt betinget,
- Fokus på familiens ressourcer.

Analyse set fra forskernes perspektiv

Inspirationen i dette afsnit kommer overvejende fra den danske professor i uddannelsesforskning Knud Illeris' arbejde (1999,2000, 2003). Illeris er en af Danmarks førende forskere på feltet voksenlæring.

I Børneprojektets oprindelige projektbeskrivelse fremgik det, at hensigten med projektet var at:

- Øge praktiserende lægers kendskab til egne kompetencer og styrke disse kompetencer.

- Øge praktiserende lægers kendskab til deres position og de muligheder det giver.
- Styrke de praktiserende lægers funktion som visitator og med-tovholder
- Styrke grundlaget for samarbejde mellem almen praksis, sundhedsplejen mv.

Og som det senere fremgik på baggrund af yderligere målsætningsarbejde:

- At kunne identificere en børnesag.
- At kunne visitere en børnesag lokalt med udgangspunkt i "hvad sagen kræver".
- At kunne intervenere relevant i en børnesag.

Der fokuseredes med andre ord på begreber som funktion, position, samarbejde og kompetence som centrale for den kvalificering, projektet ønskede at opnå ved hjælp af supervision og undervisning som metoder.

Det er værd at bemærke, at der over de sidste ca. 10 år er sket en begrebsmæssig bevægelse fra at tale om uddannelse til i stigende grad at tale om læring. Dette skyldes et fokusskift fra hvad der foregik i den mere formaliserede uddannelse til en erkendelse af, at læring sker inden for mange forskellige slags aktiviteter og må ses i relation til de pågældende personer (subjekter) og omstændigheder (kontekst)¹⁰.

Læringsbegrebet er knyttet til tanken om, at der i læringen sker en personlig udvikling, der kan beskrives som bestående både af de faglige og færdighedsmæssige kvalifikationer såvel som af de mere personlighedsmæssige kompetencer. Når der tales om læring sker det ofte med hovedvægten lagt på kompetencerne, hvilket også er tilfældet i børneprojektet.

Ser man på begreberne kvalifikationer og kompetencer, er der altså også her sket en bevægelse fra et fokus på det konkrete (redskaber) til et moderne begreb om kompetence, som indbefatter alt det, der skal til for at magte en given situation. Dette perspektivskifte omfatter et nyt syn på forholdet mellem

¹⁰ Det er centralt at understrege, at læring også må forstås i et samfundsmæssigt perspektiv.

læring og uddannelse, hvor ikke-institutionaliseret læring er i fokus. Den læring, der fokuseres, på er eksempelvis læring med direkte forankring i arbejdslivet; læring på arbejdspladsen – læring i praksis.

Dette er centralt som udgangspunkt for et mere nuanceret syn på, hvad læring og læreprocesser kan være, idet kompetencer ikke alene udgøres af læringens indhold, men også indbefatter, hvordan man kan bruge dette indhold i kendte og mindre kendte sammenhænge, hvordan man forholder sig til det, og hvordan det indgår i ens selvforståelse og handlemuligheder.

Set i relation til Børneprojektets målsætning kan man altså tale om, at der her er et læringsprojekt med et ønske om at øge de deltagende praktiserende lægers kvalifikationer og kompetencer. Kvalifikationsdelen er set i et evalueringsperspektiv forholdsvis overskuelig at vurdere, idet det her drejer sig om ny konkret viden og handlemuligheder om børn, om regler og rammer, om henvisningsmuligheder mm. Om dette er tilegnet eller ej kan undersøges via simple spørgsmål i et spørgeskema, eller via observation af lægerne, når de beskriver deres børnesager.

Det er straks mere kompliceret at undersøge kompetenceudviklingsdelen, idet der jo her er tale om at vurdere, hvorvidt den enkelte læge gennem projektdeltagelsen øger sine muligheder for at magte en given situation. Derfor er det relevant at inddrage overvejelser om læring set fra et deltagerperspektiv, som evalueringsspørgsmålet lægger op til.

Der skelnes her mellem læring i voksenlivet og i barndommen, og der fokuseres udelukkende på voksne. De fleste mennesker har en bestemt opfattelse eller forståelsesmåde af, hvordan tingene hænger sammen og fungerer (fordomme) om fx den "gode" familie eller det "sunde" barn. Når man så møder påvirkninger, som man henregner under dette tema, kan de i princippet behandles på tre måder (jf. Illeris 2003):

1. De kan afvises totalt.
2. Der kan foretages en psykisk fordrejning, så man opfatter påvirkningen i overensstemmelse med egen horisont.

3. Man kan acceptere det fuldstændigt og dermed ændre det pågældende tema i overensstemmelse med den nye påvirkning.

Jo mere cementerede fordommene er, jo vanskeligere er de at overskride. Derfor er det væsentligt at være opmærksom på, at såfremt lægerne skulle lære noget, der lå i forlængelse af det de vidste og kunne i forvejen, så skulle der en tematisering eller overskridelse af denne viden til, der var både krævende intellektuelt og følelsesmæssigt. Det forudsatte derfor en stærk motivation og en sammenhæng der var tilstrækkelig tryk til at lægerne turde lade eventuelle forsvar falde. Derfor har supervisionsformen og ikke mindst supervisor spillet en helt central rolle her.

Der er ingen tvivl om, at læring forløber bedst når voksne selv tager et afgørende medansvar. Men det forudsætter, at rammerne giver mulighed for det, det vil sige at ikke alt for meget er bestemt og fastlagt på forhånd, at supervisor bevidst giver rum for det, og at der i forhold til indholdet er tale om et forløb, hvor det grundlæggende er muligt for lægerne at lære noget, som de selv syntes er meningsfuldt og vigtigt.

Hvorvidt den tilsigtede læring var, eller blev meningsfuld for den enkelte, er således helt afgørende.

Ser vi på de seks cases er det tydeligt, at der har fundet såvel tilsigtet som meningsfuld læring sted, men også at anden vigtig læring ikke er opnået hos den enkelte. Sidstnævnte har vi kaldt "den utilsigtede manglende læring".

Lægerne havde ikke selv valgt supervisionsformen, men de medbragte sager fra deres praksis og har dermed selv sat dagsorden for, hvad der skulle arbejdes med i grupperne. Alle lægerne har efter deres eget udsagn udviklet sig personligt, de har været meget glade for at være i supervisionsgrupperne og har derigennem blandt andet opnået en styrket følelse af professionsidentitet. Dette hænger formentlig sammen med erfaringer om andre læger, der er i samme båd som én selv uanset alder og køn, og at praktiserende læger kan, gør og vil meget med deres børnefamilier. Specielt det sidste har fået nogle af lægerne til at pege på, at praktiserende læger har en egen vidensbase, der er

vigtig at have fokus på frem for at lade sig dupere af specialister fra andre fagområder.

Den *utilsigtede manglende læring* har særligt handlet om projektets tværfaglige del, som mange af lægerne har oplevet at kæmpe med igennem hele projektforløbet. Men den har også handlet om tilegnelse af projektets teoretiske grundlag, blandt andet repræsenteret ved grundbogen af Carr. Dette er kommet tydeligst til udtryk i observationsstudiet af supervisionsgrupperne, hvor der stort set ikke findes nogen eksempler på, at deltagerne har anvendt teoretiske begreber fra børneområdet eller for eksempel har læst tekster til fælles drøftelse. Dette har fra et forskningsperspektiv betydet, at supervisionsgrupperne har været meget anvendelige til at være støttende, personligt udviklende og procesorienterede (som det fx ses i Danmarks Lærerforenings måde at beskrive supervision på, jf. kapitel 2), men mindre anvendelige til at integrere faglige kundskaber og holdninger således, at deltageren er blevet bedre i stand til at agere både i forhold til sit fags teorier og metoder (som det fx fremgår af definition af supervision i Psykologisk Pædagogisk Ordbog, jf. kapitel 2). Men spørgsmålet er også, hvorvidt supervision er velegnet til netop denne kobling.

Børneprojektets opdeling mellem hovedaktiviteten, supervision, og undervisningsdelen er vigtig, idet det er meget forskelligt hvad der kan finde sted i disse to "rum". Undervisning og supervision er, som Keller (2005) fremhæver det, *på mange måder modsætninger*.

"Undervisning er således karakteriseret ved lærerstyring, formaliserede læringsmål, arbejde med abstrakte problemstillinger, fokus på kognitive processer og udvikling af faglige kvalifikationer (Ibid.)".

"Supervision tager udgangspunkt i erfaringer med medarbejdernes [lægerne] arbejde og de problemer de oplever i deres praksis. Det er de konkrete oplevelser der reflekteres over. (...) Supervision er således karakteriseret ved at være deltagerstyret, fokusere på problemstillinger, der vokser ud af praksis, og dette sikrer en høj grad af motivation og engagement. Der fokuseres endvidere specifikt på at skabe et trygt og

tillidsfuldt klima, hvor det er muligt også at skabe personlig kvalificering. Den viden der genereres er præget af deltagernes erfaringer (Ibid.)."

Den viden der er produceret i Børneprojektets supervisionsgrupper har været oplevet af deltagerne som anvendelig, lokal og processuel med et særligt fokus på den emotionelle og erfaringsbaserede side af læring.

Det væsentlige i erfaringsbegrebet er, at læringen for den lærende må være af væsentlig betydning i sammenhængen. Erfaringer har, ifølge Illeris, et væsentligt indholdsmæssigt og erkendelsesmæssigt element, dvs. man tilegner eller forstår noget, som man tillægger en væsentlig betydning for en selv. Erfaringer har også et væsentligt psykodynamisk element, dvs. at man er engageret i relation til motivation og følelsesmæssigt i den læring der finder sted. Endelig har erfaringer et væsentligt socialt og samfundsmæssigt element, dvs. man lærer noget der har betydning ud over det personlige, noget der også vedrører forholdet mellem én selv og den omverden man lever i (Illeris: 115)

Læring kan defineres som alle de processer der fører til en varig kapacitetsændring, hvad enten den er af motorisk, kognitiv, eller psykodynamisk karakter.

Set i dette set i dette lys kunne man sige, at projektets intention om, via supervision at skabe en ramme hvor erfaringsdannelse skulle finde sted er lykkedes. At erfaringsdannelsen så ikke altid har fundet sted i forhold til det, der var målsætningen, og blandt andet for nogle har medvirket til bekræftelse af dårlige eller manglende erfaringer med samarbejde på tværs af sektorer, er en anden sag.

Henvisninger

Carr Allan The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach., Brunner-Routledge, Taylor and Francis group, Hove & New York, 1999

Christensen E., Ottosen Heide M. Børn og familier. SFI, København, 2002

Illeris K. Læring. Roskilde Universitetsforlag, København, 2006

Illeris K. Voksenuddannelse og voksenlæring, Roskilde Universitetsforlag
Learning Lab Denmark, 2003

Kaltoft S. Thorgaard L. (red.) Lægen som lægemiddel – om læge-patient
forholdet. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, København 2005

Keller H. Dauer. Kollegial supervision som udviklingsmetode. Pædagogisk
Udviklingscenter, Institut for Læring, Ålborg Universitet, 2005

Kapitel 5.

Ressourceperson

Ressourceperson

I den oprindelige projektbeskrivelse fremgik det, at de tre supervisionsgrupper hver skulle have tilknyttet en ressourceperson i form af en børnelæge, børnepsykolog eller børnepsykiater (bilag 1). Denne ressourcepersons funktion og faglighed blev ændret undervejs i projektet, og projektledelsen udsendte i januar 2006 information vedrørende den lokale ressourceperson med beskrivelse af dennes funktioner:

”Ressourcepersonerne bør være en person som i sit daglige virke arbejder med konkrete børnesager, har et godt kendskab til lokalområdets struktur og ressourcer inden for det kommunale og amtskommunale område, samt kendskab inden for det primære og sekundære sundhedsvæsen” (bilag 11).

Den udsendte information om ressourcepersonen rummede også et idékatalog, beskrivende hvilke opgaver ressourcepersonen kan have. Projektledelsen tilbød herudover grupperne hjælp til at finde disse ressourcepersoner. Dette blev ikke efterspurgt.

Evalueringssspørgsmål: Hvilken oplevelse har deltagerne haft mht. at etablere kontakt til en ressourceperson?

Storby

Denne gruppe bestod af læger fra samme kommune. En af deltagerne påtog sig at etablere kontakt til kommunens Børne- og Ungeafdeling, hvorfra lederen og

souschefen deltog i et møde med lægerne ved projektets start. På mødet blev blandt andet kommunens sagsgange i børnesager samt regler vedrørende tavshedspligt gennemgået, og det blev aftalt at lederen skulle være gruppens ressourceperson. Efterfølgende blev der afholdt et møde på kommunen, hvor souschefen samt en sagsbehandler deltog. Her blev blandt andet en liste med direkte telefonnumre til alle sagsbehandlere i børne-unge teamet udleveret til lægerne.

Delanalyse

Overordnet fandt deltagerne det ikke vanskeligt at etablere kontakt til en ressourceperson, men flere er i tvivl, om det var den rigtige kontakt de fik etableret, og det påpeges af flere af lægerne, at kontakten ikke har medført den store opfølgning eller er blevet prioriteret særligt af forvaltningen.

Provinsby

Denne gruppe bestod af læger fra forskellige kommuner. Gruppen brugte indledningsvis meget tid på at undersøge hvilke ressourcer der eksisterede på børneområdet i de respektive kommuner. Lidt tilfældigt påtog én i gruppen sig at spørge lederen af en børne-unge afdeling i en større provinsby, om vedkommende ville deltage i et møde med gruppen. Til mødet kom lederen og en sagsbehandler. Lægerne besluttede efterfølgende ikke at følge op på kontakten.

Delanalyse

At etablere kontakt med en ressourceperson oplevedes af alle deltagere som yderst vanskeligt, besværligt eller som en fiasko. Det fremhævedes specielt, at selve opgaven var umulig, fordi deltagerne var rekrutteret fra forskellige kommuner, hvilket betød at det ikke var muligt at finde en person der kunne dække alle.

Landgruppen

Denne gruppe bestod også af læger fra forskellige kommuner. Gruppen brugte indledningsvis noget tid på at undersøge, hvilke ressourcer der eksisterede på

børneområdet i de respektive kommuner. Én påtog sig at spørge lederen af en børne-unge afdeling i en større landkommune, om vedkommende ville deltage i et møde med gruppen. På mødet gennemgik lederen sagsgangen i en børnesag, fortalte om forskellen mellem underretning og indberetning samt om procedurer i forbindelse med tvangssager. Lovede afslutningsvis at gå tilbage til kommunen og give en generel tilbagemelding om, at sagsbehandlerne skal have mere fokus på den praktiserende læge. Efterfølgende blev der afholdt endnu et møde med en leder af børne-unge afdelingen og en sagsbehandler fra en af de andre kommuner. På mødet var der sat fokus på det konkrete samarbejde mellem læger og kommunen. Der er ikke udpeget en egentlig ressourceperson i denne gruppe.

Delanalyse

Gruppens medlemmer har oplevet det at etablere kontakt til en ressourceperson forskelligt. Nogle beskriver det som positivt og nemt, andre som vanskeligt og en enkelt ved ikke. De der uddyber deres udsagn fremhæver, at de afholdte møder var gode, at de har oplevet imødekommenhed, engagement og interesse.

Svar på evalueringsspørgsmålet: Hvilken oplevelse har deltagerne haft mht. at etablere kontakt til en ressourceperson?

Storbygruppen havde ingen problemer med at etablere kontakt til en nøgleperson i kommunen, der hurtigt påtog sig rollen som gruppens ressourceperson; i de to andre grupper lykkedes det ikke at finde én ressourceperson. Dette skyldtes primært gruppernes sammensætning, idet det ikke kunne lade sig gøre at finde én person der kunne dække ressourcepersonens kompetenceområde og kvalifikationer, sådan som det var beskrevet i projektet.

Evaluerings spørgsmål: Hvilke forventninger havde deltagerne til ressourcepersonerne?

Storbygruppen

Alle deltagerne i denne gruppe havde forventninger til en ressourceperson og det gennemgående var et ønske om en person, der på et praktisk handleniveau kunne komme med råd og vejledning, også i mindre sager, en sparringspartner eller en gennemgående nøgleperson, der kunne lette adgangen til viden om og henvisning til forvaltningens ressourcer.

Provinsbygruppen

Ikke alle deltagere i gruppen havde forventninger til ressourcepersonen ved projektets indledning. Men de der havde forventede, at denne skulle fungere som bindeled til kommunen, som sparringspartner for lægernes arbejde med børnesager i projektet, og som en der kunne give helt konkrete og praktiske bud på håndtering af børnesager.

Landgruppen

Ikke alle deltagere på landet havde forventninger til ressourcepersonen ved projektets start. En af disse påpegede, at dette skyldtes at vedkommende oplever kommunen som "en modarbejdende instans". Andre havde ønsker om regelmæssig kontakt eller varigt samarbejde, og andre igen forventede hjælp til konkret håndtering af sager eller til at blive indført i sagsgangene i kommunen.

Svar på evalueringsspørgsmålet

De fleste projektdeltagere havde konkrete forventninger om samarbejde med en person, der kunne fungere som isbryder eller døråbner det kommunale system. Forventningerne gik fra ønsker om hjælp til praktisk håndtering af børnesager til etablering af mere varige samarbejdsrelationer. Bortset fra to deltagere fra

landgruppen der ved projektets start ingen forventninger havde til en ressourceperson, er der ingen forskel på forventningerne på tværs af grupperne.

Evaluerings spørgsmål: Hvilke erfaringer fik deltagerne undervejs (konkret), herunder hvordan etablerede de kontakt til ressourcepersonerne, og hvordan oplevede de at kontakten fungerede?

Storby

På trods af den hurtige etablering af kontakt til en lokal ressourceperson giver deltagerne udtryk for, at de hverken har haft formel eller uformel kontakt ud over møderne. Dette blev begrundet med manglende ressourcer hos forvaltningen og at kommunen primært har med meget vanskelige sager at gøre - sager der sjældent er i kontakt med almen praksis. Det blev understreget, at dette ikke skyldtes uvilje, men at lægernes hverdag er for langt væk fra det man beskæftiger sig med i kommunen.

Provinsby

I denne gruppe fremhæves ikke nogen positive erfaringer, en enkelt beskriver det som nemt at etablere kontakten men umuligt at fastholde den, herudover understreges det af alle, at det ikke fungerede.

Land

Alle deltagere undtagen én fremhævede, at det har været positivt at møde repræsentanterne fra kommunerne, der oplevedes som imødekommende og interesserede. Ud over de afholdte møder er der dog ikke etableret yderligere konkret samarbejde med disse personer.

Svar på evalueringsspørgsmålet

På trods af forskellige erfaringer og opfattelser af møderne med repræsentanterne fra de forskellige kommuner er det ikke lykkedes for nogen af grupperne at etablere kontakt til en eller flere personer, der har kunnet fungere som en aktiv samarbejdspartner/ressourceperson under projektforsløbet. Der angives forskellige forklaringer på dette fra, at lægernes hverdag er for forskellige fra det forvaltningerne arbejder med (Storby) til, at det ikke var muligt at finde en person der kunne dække hele gruppen, idet deltagerne kom fra forskellige kommuner med forskellige praksis.

Frustrationen over den manglende kontakt med en ressourceperson er også udtrykt meget kraftigt og kontinuert gennem hele projektets forløb. Igennem hele projektets forløb er spørgsmålet omkring ressourcepersonen og det tværfaglige samarbejde noget der, har optaget de deltagende læger. I LEARN-skemaerne, der er afleveret efter samtlige gruppers supervisionssessioner, er der en klar udvikling fra nysgerrighed over for samarbejdet med andre faggrupper til tiltagende frustration over manglende etablering og konsolidering af dette samarbejde. Bekymringen og frustrationen over det manglende samarbejde med andre faggrupper og oplevelsen af ikke at have viden og handlemuligheder til at etablere dette samarbejde er endvidere gennemgående for samtlige deltagere på temadag 2, 3 og 4 og med tiltagende desillusion blandt deltagerne.

Evalueringsspørgsmål: Hvilke ønsker har de praktiserede læger til en ressourceperson efter at have deltaget i projektet?

Storby

For nogle af lægerne i denne gruppe er forventningerne uændrede, det vil sige de kunne stadig godt tænke sig at finde en person der kan fungere som bindeled mellem almen praksis og kommunen. En foreslår at dette skal være en læge. Andre påpeger at projektet har vist dem, at der aktuelt ikke findes midler til at etablere det tværfaglige netværk, der kunne støtte familierne, og en af disse uddyber ved at skrive:

" I mine 17 år som praktiserende læge kan jeg kun huske ét møde med socialforvaltningen".

Provinsby

I denne gruppe har alle læger på nær én fortsat et ønske om at have kontakt til en ressourceperson fra kommunen, idet det understreges, at denne skal være lokalt forankret i den konkrete kommune den enkelte læge kommer fra. Denne ressourceperson skal kunne hjælpe den praktiserende læge videre i konkrete sager og problemstillinger. Én deltager ønsker, at denne person skal være praktiserende læge. Én deltager ønsker ikke længere en ressourceperson, men peger på oprettelsen af et formelt samarbejdsorgan med deltagelse af forskellige relevante aktører i en børnesag hvori der *"i tillid og med tavshedspligt kunne stilles konkrete uformelle spørgsmål og gives konkrete uformelle løsningsforslag"*.

Land

Gruppens forventninger er forskellige rækkende fra ingen ønsker til ønske om varigt samarbejde, mere kontakt og arbejde mod samme mål, der beskrives som *"barnets tarv og familiens trivsel"*.

Svar på evalueringsspørgsmålet

På trods af, at ingen af grupperne har haft en ressourceperson som intenderet i projektet, ønsker langt de fleste projektdeltagere stadig, at der etableres kontakt mellem en konkret person i kommunen og de praktiserende læger. Nogle få peger på, at denne person skal være en læge, men ellers fremhæves kvalifikationer som lokal viden og forankring samt samarbejdsvilje som det væsentligste.

Evalueringssspørgsmål: Hvordan vil de praktiserende læger gerne samarbejde med forvaltningen efter at have deltaget i projektet?

Storbygruppen

Gruppens deltagere har konkrete forslag til et bedre samarbejde og de er:

- Tilbage meldinger om børn, lægerne har sendt indberetninger eller underretninger om.
- Orientering om, hvilke af den enkelte læges patienter, der er tilknyttet forvaltningen.
- Et direkte telefonnummer til en kontaktperson, man kan drøfte bekymringer med, uden blot at få besked på at sende en "henvisning/indberetning" så de kan tage stilling til sagen.
- En lægelig kontaktperson, der er villig til at bistå de praktiserende læger med kort telefonisk rådgivning - ligesom når de ringer til Serum instituttet, Lægelaboratoriet eller andre steder, uden at det skal være "en stor sag".
- Enkel adgang til uformel rådgivning.

Provinsbygruppen

Når denne gruppe skal beskrive hvordan de godt kunne tænke sig at samarbejdet med forvaltningen skulle være, kunne de godt tænke sig at disse to verdener ikke var adskilte og at der var et tættere samarbejde med regelmæssige møder, tilbage meldinger fra forvaltningen til lægerne i konkrete sager.

Landgruppen

Gruppens deltagere har først og fremmest ønsker om mere og tættere kontakt og foreslår, at der etableres tværfaglige netværk omkring enkelte børn og at der afholdes fælles samarbejds møder til erfaringsudveksling og netværksbygning lokalt med sagsbehandlere, læger og sundhedsplejersker.

Svar på evalueringsspørgsmålet

De tre grupper adskiller sig lidt i dette spørgsmål idet storbylægerne er meget konkrete i deres forslag, provinslægerne har ønske om at nedbryde barrierer og lægerne på landet ønsker mere kontakt og konkrete møder.

Evalueringsspørgsmål: Ser lægerne andre relevante ressourcer i deres lokalmiljø, de kunne tænke sig at samarbejde mere med fremover, efter at have deltaget i børneprojektet?

Storbygruppen

Nogle af lægerne i denne gruppe svarer klart nej til dette spørgsmål, andre svarer, at det muligvis kunne være private organisationer, én peger på PPR og skoler og atter én på sundhedsplejerskerne. Der tegner sig med andre ord ikke et fælles billede af mulige lokale ressourcer i denne gruppe på trods af et fælles supervisionsforløb samt tilknytning til samme kommune.

Provinsbygruppen

Halvdelen af medlemmerne i denne gruppe svarer nej til spørgsmålet om, hvorvidt de ser andre relevante ressourcer at samarbejde med i deres lokalmiljø efter at have deltaget i projektet. Den anden halvdel peger på sundhedsplejersker, skoler, børnehaver og den lokale familieafdeling. En enkelt ser psykologen på den børnepsykiatriske afdeling som en ressource. Der tegner sig med andre ord ikke et samlet billede.

Landgruppen

Alle deltagerne i denne gruppe svarer ja til spørgsmålet, og der peges især på sundhedsplejersker og de lokale familiecentre som relevante kommende samarbejdspartnere.

Svar på evalueringsspørgsmålet

I storbygruppen og i provinsbygruppen har deltagerne forskellige opfattelser af andre mulige ressourcer på børneområdet i deres lokalområder. En del af lægerne ser ingen og resten ser meget forskellige muligheder. I landgruppen har alle deltagerne fået øje på andre mulige samarbejdspartnere lokalt.

Evalueringsspørgsmål: Skulle projektets del vedrørende ressourcepersonen gøres om, ville lægerne foreslå:

Storbygruppen

Denne gruppe foreslår, at de lokale forvaltninger informeres om projektet forud, og at deltagerne ikke skal bruge så meget tid på at finde en kontakt, der måske viser sig at være "den forkerte". Én deltager foreslår at der tilknyttes flere kontaktpersoner fra forskellige regier, en anden at gruppen kunne tage rundt og se forskellige relevante institutioner med henblik på at få et bedre indtryk af deres arbejdsopgaver og muligheder for intervention, og at lægerne kunne indgå i et sideløbende tværfagligt netværk. Endelig er der én der skriver:

"Jeg kunne godt tænke mig, at man kunne starte et nyt børneprojekt, hvor man fra starten havde indtænkt en tværfaglig sammenhæng – et samarbejde som kunne styrke den tidlige indsats med at forebygge at børnesager når at vokse sig for store og uoverskuelige, fordi problemer enten ses for sent eller fordi den nødvendige tværfaglige indsats ikke eksisterer".

Provinsbygruppen

Denne gruppe påpeger, at ressourcepersonen skal udpeges af projektledelsen før projektet starter, og at gruppen bør sammensættes af læger fra den samme kommune. Herudover peges på muligheden for at sammensætte supervisionsgrupperne tværfagligt med henblik på at "kulturforståelse og brobygning".

Landgruppen

Denne gruppe opfordrer til, at ressourcepersonen kunne deltage allerede i planlægningen af projektet, at rammerne for ressourcepersonen var mere tydelige og udstukket inden projektopstart, idet forventningerne til denne oplevedes som uklare, og at denne person kunne have deltaget i supervisionen. En enkelt foreslår yderligere networking for eksempel besøg på relevante institutioner.

Svar på evalueringsspørgsmålet

Det er gennemgående for alle deltagere at de godt kunne tænke sig at de ikke selv skulle finde en ressourceperson, hvis projektet skulle gøres om. Mange ville ønske en større tværfaglighed end de føler, at projektet har lagt op til, enten ved at udpege netværk, kontaktpersoner eller konkrete deltagere til supervisionsgrupperne der kom fra andre faggrupper. Flere peger på besøg/møder med relevante samarbejdspartnere/institutioner med henblik på at udbygge samarbejdet.

Analyse set fra forskernes perspektiv

Havde man fastholdt projektets oprindelige ide, med at hver supervisionsgruppe skulle have tilknyttet en børnelæge, børnepsykolog eller børnepsykiater som ressourceperson, og denne person havde deltaget i supervisionerne som sådan, kan man godt forestille sig at det kunne have betydet et væsentligt fagligt løft, både i forhold til kendskab til disse fagpersoners virkeområder og i forhold til tilførsel af mere forskningsbaseret viden om børneområdet.

Flere projektdeltagere giver da også udtryk for, at særligt børnelæger og børnepsykiatere er "naturlige" samarbejdspartnere for praktiserende læger og kommandovejene mellem dem er langt nemmere og i højere grad etablerede end det er tilfældet med vejene til de kommunale forvaltninger/sagsbehandlere.

Hvis det var en sygdom ville man ringe til hospitalet og spørge hvad der sker, men når det er kommunen ringer man ikke bare op og spørger: hvad er det for en familie? (fra observationsstudiet).

På den anden side, havde man fastholdt denne oprindelige idé, kunne det også have betydet, at projektets intention om at skabe nye samarbejdsflader og bedre kontakt mellem praktiserende læger og sagsbehandlere fik ringere kår.

Som det er fremgået har deltagerne i projektet påtaget sig den opgave, de fik pålagt i forhold til at etablere en ressourcepersonordning. Alle grupper har etableret møder med forvaltningsfolk, og der blev brugt meget tid i grupperne på at drøfte erfaringerne og de gensidige barrierer der er for samarbejdet.

"Det der er svært for os, er mindst lige så svært for dem!" (sagt om samarbejdet med sagsbehandlere, fra observationsstudiet),

"Det er svært at have et samarbejde, når den enes arbejde er hemmeligt" (sagt om problemerne med kommunens tavshedspligt, fra observationsstudiet).

Som det fremgår af bilag 12, var det tanken at en ressourceperson skulle:

- have et fagligt netværk i den kommunale verden og være i stand til at hjælpe med at henvise relevant,
- kunne orientere om arbejdsgange, procedure, kontaktpersoner inden for de forskellige instanser (fx børn og unge/familieafdelingen, PPR, familievejledning, heldagsskole, specialinstitutioner mv., ikke blot socialforvaltningen i forbindelse med konkrete børnesager),
- kunne fungere som kontaktperson til de nævnte instanser,
- kunne orientere om lokalområdets særlige institutioner for børn og unge, fx SSP-samarbejdet,
- kunne bidrage til at en børnesag ansvarsmæssigt forankres relevant,
- være med til at opbygge et netværk mellem de praktiserende læger og de nævnte samarbejdspartnere,
- være med til at udvikle nye samarbejdsrelationer i lokalområdet,

- være med til at sætte fokus på behovsbørn i lokalområdet,
- være med til at sætte fokus på behovsbørn blandt lokal områdets praktiserende læger,
- være med til at sætte lokale initiativer i gang fx temamøder, informationer, nye måder at samarbejde på.

Ingen af grupperne har fundet en person der kunne påtage sig denne opgave, og med flere af evalueringernes tilbagemeldinger kan man også stille spørgsmålet om, hvorvidt denne opgave har været for uspecifik og måske stor for grupperne selv at løse? Ikke mindst set i lyset af, at to af de tre grupper var sammensat med læger fra forskellige kommuner, at projektet blev gennemført midt under strukturreformen, og at lægerne skulle bruge deres egen (fri-)tid på at skabe disse kontakter.

Der er ingen tvivl om, at personlig kontakt mellem læger og forvaltningen ville være konstruktivt for samarbejdet. Af observationsstudiet er det fremgået med al tydelighed, at den manglende personlige kontakt og tilbagemelding opleves som frustrerende for de praktiserende læger.

”Min barriere for at kontakte forvaltningen er, at jeg ikke har et navn og et telefonnummer på en sagsbehandler” (fra observationsstudiet).

”Jeg har ikke tillid til der bliver taget hånd om et barn, fordi socialforvaltningen er inde over, jeg må have at vide om der sker noget eller ej” (fra observationsstudiet).

Det er fremgået af observationerne og af deltagernes tilbagemeldinger undervejs i projektet samt af den afsluttende evaluering, at der har været meget frustration vedrørende denne opgave, og for nogle deltagere har denne frustration været med til at fastholde fordomme og dårlige erfaringer med samarbejdet med kommunen. For andre har det betydet, at opgaven er blevet endnu mere væsentlig at få løst. Meget tydeligt er det også, at mange deltagere har fået øje for, at kommunen ofte håndterer langt ”tungere” og mere alvorlige social/pædagogiske problemstillinger end dem, der lander på lægens bord. Lægerne har ofte det, nogle kalder ”mellemproblemer”, der ikke kræver ”bål og

brand", men som kræver ekstra opmærksomhed og det er til dette lægerne har brug for sparringspartnere der har kendskab til, hvilke muligheder der er for fx aflastning eller støtte i hjemmet i en periode.

"En ting er en underretning men vi har en anden kategori som vi kalder "hvad gør vi her"?" (fra observationsstudiet).

Dette kunne for eksempel være ved at udbygge samarbejdet mellem daginstitutioner, skoler og læger, som nogle deltagere har positive erfaringer med og peger på som en mulighed, og/eller ved at intensivere samarbejdet mellem praktiserende læger og sundhedsplejerskerne, som evalueringen med udgangspunkt i dette projekts læger har vist sjældent udnyttes optimalt.

På trods af, at den del af projektet der handlede om etablering af en kommunal ressourcepersonordning ikke er lykkedes efter projektets hensigt, og mange læger giver udtryk for frustration over dette, er det kun få deltagere der melder tilbage, at de har opgivet tanken om at etablere samarbejde med kommunen fremover.

Vi må byde os til

Vi vil gerne være med

Vi vil gerne forstyrres

(sagt af lægerne om samarbejdet med kommunerne, fra observationsstudiet).

Kapitel 6. Porteføljen

Porteføljen

Den elektroniske portefølje blev introduceret på projektets første dag (temadagen d 20. maj 2005) med gennemgang af formål og potentiale som individuelt læringsinstrument for deltagerne – en måde de kunne monitorere deres egen læring løbende, samtidig med at vi som følgeforskere kunne anvende data som evalueringsdata. Instruktionen til og tilretningen af porteføljen ud fra de indkommende kommentarer blev gentaget på efterfølgende temadage, og der var oprettet support af både teknisk art og til mere indholdsmæssig support.

Brugen af porteføljen

Alle deltagere på nær en enkelt aktiverede sig selv som bruger (ændring af kodeord på internettet) af den elektroniske portefølje. Alle på nær denne ene oprettede mindst én børnesag. Inden for en måned havde 7 af de 21 deltagere taget porteføljen i brug; 13 af de 20 brugere havde taget den i brug i løbet af de første 6 måneder af projektet, mens de sidste først tog den i brug spredt over projektets andet år. Den sidste registrerede 18 måneder efter introduktionen i maj 2005.

Over projektets to-årige løbetid var det kun tre af de 21 læger, der anvendte porteføljens fulde potentiale. Ca. halvdelen af projektets deltagere anvendte aldrig eller sjældent porteføljen, mens resten anvendte den enten som en slags huskeliste over deres børnesager med meget lidt refleksion og uden opfølgning.

Det er karakteristisk, at langt de fleste tog porteføljen i brug umiddelbart efter en temadag, hvor (nye) elementer af porteføljen var blevet demonstreret af forskerne. På projektets to sidste temadage var der ikke afsat tid til porteføljen i det egentlige program, men de der var interesserede fik i en del af frokostpausen præsenteret de sidst ankomne muligheder i brugen af porteføljen.

De deltagende læger skrev i alt 537 notater på de 185 børnesager, dvs. gennemsnitligt 2,9 notat pr. børnesag. Aktiviteten var dog meget forskellig. Lægerne i storbygruppen og provinsbygruppen skrev gennemsnitlig flere notater pr. børnesag end lægerne i landgruppen. Lægerne i storbygruppen skrev således 2,9 notat pr. børnesag, lægerne i provinsbygruppen 3 notater pr. børnesag, mens lægerne i landgruppen skrev 2,3 notater pr. børnesag, og for langt de flestes vedkommende kun et enkelt notat ved oprettelsen af børnesagen, men aldrig mere.

Der var i provinsbygruppen og i storbygruppen en meget aktiv bruger der stod for hhv. 66% og 25% af notaterne, men derudover var aktiviteten nogenlunde ligeligt fordelt lægerne indbyrdes i grupperne.

Den elektroniske portefølje var tænkt som et redskab til refleksion og monitorering af egen læring, men der var, bortset fra de få der udnyttede porteføljen optimalt, meget, meget få refleksioner over lægernes professionelle rolle som professionelle i børnesager.

Evalueringssspørgsmål: Hvordan oplevede deltagerne, at porteføljen fungerede som læringsinstrument?

For at forstå, hvordan lægerne opfattede den elektroniske portefølje, bad vi dem i de skriftlige evalueringer om at kategorisere sig selv i forhold til brugen, som "hyppige brugere", "sommetider brugere" og "sjældne eller aldrig brugere". Spørgsmålene var tilpasset disse kategorier og omhandlede deltagernes aktuelle brug og eventuelle ønsker til support eller udvikling af porteføljen

Storbygruppen

Gruppen bestod af 3 personer der definerede sig som sjældne brugere, 3 personer der definerede sig som sommetider brugere og 1 person der definerede sig som hyppig bruger. De der definerede sig som sjældne brugere beskrev ikke porteføljen som et læringsinstrument. Den ene af disse deltagere forklarede dette med, at vedkommende efter en pause fra projektet aldrig kom i gang med at bruge den. De der definerede sig som sommetider brugere beskrev, at porteføljen havde hjulpet med at formulere problemerne skriftligt, havde givet overblik og været et redskab til systematisering. Deltageren der beskrev sig selv som hyppig bruger havde svært ved at vurdere, hvordan porteføljen har fungeret som læringsinstrument.

Provinsbygruppen

Gruppen bestod af 4 deltagere, der definerede sig som sjældne brugere og 2 der definerede sig som sommetider brugere. De der definerede sig som sjældne brugere beskrev, at porteføljen ikke havde fungeret som et læringsinstrument. De der definerede sig som sommetider brugere beskrev, at porteføljen hjalp dem til at bevare overblikket over såvel projektet som børnesager i praksis.

Landgruppen

Denne gruppe bestod af 6 deltagere, der definerede sig som sjældne brugere og 1 der definerede sig som sommetider bruger. Alle undtagen 1 i gruppen af sjældne brugere beskrev, at porteføljen ikke havde fungeret som læringsinstrument. Den ene deltager der beskrev sig som sommetider bruger pegede på, at porteføljen har været en del af læreprocessen, men uddybede ikke dette

Svar på evalueringsspørgsmålet

Fordelingen i de tre grupper i forhold til, hvem der har anvendt porteføljen regelmæssigt og hvem der har anvendt den sjældent, er forskellig, idet storbygruppen har haft flest brugere og gruppen fra landet har haft flest ikke-brugere.

På trods af den meget ringe udnyttelse af porteføljen som læringsinstrument er det meget tydeligt, at for de læger, der har anvendt porteføljen, har den fungeret som et væsentligt læringsinstrument. Disse læger fremhæver på tværs af grupperne, at porteføljen har hjulpet dem med at få systematik, problemafklaring og overblik over deres børnesager.

En deltager siger:

"Porteføljen har givet mig et bevis på, at jeg har haft børnesager, selv om jeg ikke synes jeg vader i børn. Jeg har altid følt det dejligt, at gå ind og kikke på hjemmesiden, ligesom når jeg har mange penge på bankkontoen. Altså at der er noget i banken."

Ligeså tydeligt er sammenhængen mellem dem, der sjældent eller aldrig har anvendt porteføljen, og oplevelsen af at den var svært tilgængelig og gav anledning til dårlig samvittighed i forhold til projektet. Flere beskriver at de ikke er vant til at skrive deres refleksioner ned eller at de har opbygget deres egen systemer.

En deltager siger:

"Jeg har aldrig fået den indarbejdet. Får ikke skrevet i den i dagligdagen, når jeg er stødt på problemerne. Først bagefter. Hvis det var blevet en vane at gøre det hen ad vejen, så tror jeg tror den kunne være blevet et "arbejdsværktøj". Nu blev det bare noget der SKULLE gøres op til møderne."

Der er således en nøje sammenhæng mellem anvendelse og udbytte.

Porteføljen var et tilbud til de læger der deltog i børneprojektet; de havde altså ikke forpligtet sig til at anvende den som en del af deres deltagelse. Ser man på det udbytte, som de læger der har anvendt porteføljen har haft, må man spørge hvad der skal til for at motivere andre læger til at anvende sådan et læringsinstrument en anden gang. En mulighed kunne være at gøre anvendelse af porteføljen til en obligatorisk del af projektdeltagelsen på linje med supervisionen og deltagelse i temadage, men det ville kræve, at alle læger fik

mulighed for yderligere træning, løbende vejledning og feedback, hvilket fremhæves af følgende udsagn:

"Til en start var det rart at få lidt systematik ind i håndteringen af sagerne og var en vigtig del for refleksion – også i supervisionsgruppen – men efterhånden vendte jeg nok lidt tilbage til min egen måde med remindere i kalenderen over mine børnesager. Hvis der havde været nogen til at kommentere og vejlede omkring de beskrevne sager. Jeg er klar over det ville være meget ressourcekrævende, men man kunne måske gennemgå én børnesag pr. nærmere aftalt tidsinterval pr. person i projektet. Det ville være meget lærerigt og formentlig hurtigere henlede ens opmærksomhed på hvilke problemstillinger man skulle arbejde mere med. Jeg er også overbevist om, at det ville være en stor motivation for at bruge porteføljen, hvis den ikke kun var et evalueringsredskab men også et undervisningsredskab (deltager var sjældent bruger af porteføljen)."

Evalueringssspørgsmål: Oplevede deltagerne at porteføljen havde betydning for processen i supervisionsgrupperne?

Storbygruppen

4 svarede ja til dette spørgsmål (sometider brugere), 1 svarede at det er vanskeligt at svare på (hyppig bruger) og 2 (sjældne brugere) svarede nej.

Provinsbygruppen

Alle på nær én (sometider bruger) svarede, at porteføljen ikke har haft betydning for processen i supervisionsgruppen.

Landgruppen

Alle på nær to svarede, at porteføljen ikke har haft betydning for processen i supervisionsgruppen.

Svar på evalueringsspørgsmålet

Cirka 1/3 af projektets deltagere gav udtryk for, at porteføljen har betydet noget for processen i supervisionsgruppen. De der mente dette påpegede, at dette har fundet sted, fordi porteføljen har hjulpet dem til at holde fokus på børnesager.

En siger:

"Jeg har primært brugt porteføljen i starten af projektet, hvor jeg syntes den var en hjælp til at få lidt struktur, når en børnesag skulle beskrives og mit ansvar skulle gøres klart."

En anden siger:

"Den irriterede mig meget i starten, men ved at gennemgå de gentagne spørgsmål i hver sag har den alligevel været med i en lærerproces."

Cirka 2/3 af deltagerne mente ikke, at porteføljen havde haft nogen betydning for processen i supervisionsgruppen.

I projektets observationsdel er det ofte blevet registreret, at porteføljen har været et samtaleemne blandt de deltagende læger. Indholdet i disse samtaler har sjældent været erfaringsudvekslinger i forhold til anvendelsen af/brugen af porteføljen, men derimod ofte erfaringsudvekslinger i forhold til manglende brug eller oplevelsen af dårlig samvittighed over for projektet. Flere læger har således løbende givet udtryk for, at "nu burde de også tage sig sammen og komme i gang med at anvende porteføljen", vel at mærke for projektets - ikke deres egen skyld. Andre deltagere har klart givet udtryk for de ikke ønskede at anvende tid på porteføljen.

Fra flere observationer er det fremgået, at de læger der har været hyppige brugere og under supervisionerne har givet udtryk for at de var glade for dette redskab, med et glimt i øjet er blevet kaldt "stræbere" af de andre deltagere, mens de deltagere, der enten har givet udtryk for dårlig samvittighed eller for afstandtagen fra anvendelse af porteføljen, har legitimeret hinandens manglende brug af redskabet i den forstand at det er blevet observeret, at når den ene ikke gør det, så gør det heller ikke så meget at den anden heller ikke gør det.

Opsummerende kan det siges:

- Porteføljen blev udviklet som et supplerende, frivilligt læringsinstrument til børneprojektets deltagende læger.
- Porteføljen blev introduceret af projektets forsker og efterfølgende genintroduceret af projektets forsker sammen med en af de deltagende læger der fra starten var "superbruger"/hyppig bruger.
- Porteføljen blev justeret løbende i forhold til deltagernes feedback.
- Ca. 1/3 af projektets deltagere anvendte porteføljen regelmæssigt, særlig i projektets første år. Disse deltagere fremhævede, at porteføljen har været et væsentligt supplement i deres læreproces i børneprojektet.
- Ca. 2/3 af projektets deltagere anvendte sjældent eller aldrig porteføljen. Næsten alle disse deltagere fremhæver, at porteføljen ikke fungerede som læringsinstrument for dem.

På baggrund af dette må det konkluderes at:

Porteføljen ikke blev udnyttet optimalt, men at den alligevel har fungeret som et væsentligt læringsinstrument i børneprojektet for selv de deltagere, der har anvendt porteføljen minimalt, idet disse fremhæver, at de er blevet mere systematiske, har fået bedre overblik og er blevet bedre til at formulere sig i børnesager.

På trods af gentagne introduktioner, opdateringer og tilbud om e-mail kontakt er det ikke lykkedes at få 2/3 af deltagerne motiveret til at anvende porteføljen regelmæssigt. Dette kunne skyldes, at:

xx

- Nogle af deltagerne ikke var til stede på de pågældende temadage og derfor ikke fik introduktionerne.
- Nogle af deltagerne ikke ønskede at prioritere tid på et supplerende tilbud.
- Nogle af deltagernes opfattelse var, at porteføljen ikke kunne koordineres med andre skriftlige redskaber lægerne allerede benyttede sig af.

- Nogle af deltagerne påpegede, at de ikke i forvejen var vant til at formulere deres refleksioner skriftligt, hvorfor de heller ikke følte sig motiverede til at gøre det nu.

Forskernes analyse

Umiddelbart ser det flot ud med 2,9 notat pr. børnesag. Men aktiviteten var meget ujævnt fordelt, og ved gennemgang af de enkelte lægers brug var det tydeligt, at kun nogle ganske få læger udnyttede den elektroniske porteføljes potentiale til at monitorere forløb af børnesager såvel som forløb for deltagernes egen læring. I stedet har porteføljen af langt de fleste været opfattet som et registrerings- og kontrolinstrument frem for hjælp til læring og monitorering af læring. I målbeskrivelsen for den almenmedicinske videreuddannelse (DSAM 2002) – hvad der stilles af krav til nybagte praktiserende læger – er omdrejningspunktet "kritisk refleksion". Dette har medvirket til en medicinsk pædagogisk selvfølgelighed i anvendelsen af læringsredskaber, der bygger på refleksion og monitorering af egen læring (Schön DA, 1982/2000).

Men selvfølgeligheden rækker ikke nødvendigvis ind i praksislivet blandt praktiserende læger, der ikke har været gennem denne formative proces. Medicinsk pædagogik er langt fra integreret i den almenmedicinske profession, og spørgsmålet er, hvor langt man er fra, at almenmedicinere generelt tænker på medicinsk pædagogik som andet end teori, endsige integrerer det i det daglige kliniske arbejde.

Introduktionen af den skriftlige evaluering og den elektroniske portefølje blev bygget på den viden, der er omkring medicinsk pædagogik, men denne blev muligvis introduceret ud fra en læringsforståelse, som kun få af de deltagende læger kendte til.

En foreslået mulighed for støtte i implementeringen af porteføljen som læringsredskab var at inddrage supervisorerne, idet disse jo havde muligheden for den løbende støtte og diskussion med deltagerne. Projektledelsen ønskede

imidlertid, at supervisorerne udelukkende skulle koncentrere sig om den del af læringstilbudene, der omhandlede supervisionen som redskab.

Konsekvensen af vægtningen mellem læringstilbudene var tydelig; langt de fleste af deltagerne i projektet anså såvel porteføljen som de skriftlige formative evalueringer for kontrolinstrumenter til brug for evalueringen af projektet frem for et læringsredskab til monitorering af egen læring.

Dette kunne forklare afleveringen af de blanke eller næsten blanke skriftlige evalueringsskemaer og oprettelsen af børnesager i den elektroniske portefølje "for evalueringens skyld".

Henvisninger

Schön DA, The Reflective Practitioner, How professionals think in action, Ashgate Arena, Aldershot, (1982/2000)

Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i almen medicin, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, København 2004

Kapitel 7.

Andre faglige tiltag

Evalueringssspørgsmål: Hvad beskriver lægerne at de fik ud af ud at deltage i temadagene?

Temadage i løbet af projektet

Temadage	Provins- gruppen til stede/ afleverede skemaer	Storby- gruppen til stede/ afleverede skemaer	Land- gruppen til stede/ afleverede skemaer	I alt til stede	I alt afleverede skemaer
20. maj 2005	4/4	7/6	5/4	16	13
11. oktober 2005	6/6	7/7	7/7	20	20
27. april 2006	5/4	6/7	7/6	18	17
21. november 2006	4/4	3/3	5/5	12	12

Storbygruppen

Alle deltagere i denne gruppe beskrev, at de havde fået udbytte af deltagelse i temadagene, særligt fremhæves undervisningen fra børnepsykologen, men også det gode ved at møde de andre grupper. Én skrev, at temadagene har "givet mig mere mod til at engagere mig, at stole på min faglige kunnen og viden".

Provinsbygruppen

Gruppen beskrev meget forskelligt udbytte af temadagene, varierende fra lavt fagligt udbytte til erfaringsudveksling med de andre grupper og sammentømring af egen gruppe. En enkelt fremhæver teorigennemgangen og en anden at det var dejligt at møde en engageret og seriøs projektledelse.

Landgruppen

I denne gruppe fremhævede hovedparten, at de havde fået udbytte af den faglige undervisning. Herudover understregede de inspirationen ved at møde de andre grupper og en engageret projektledelse. Ingen i gruppen skrev, at de ikke havde haft udbytte af at deltage.

Svar på evalueringsspørgsmålet

Ud fra såvel LEARN-skemaer som de øvrige evalueringsdata er der ingen tvivl om, at nogle af deltagerne oplevede en faglig opgradering inden for det børnefaglige område med præsentationen af den børnepsykologiske terminolog og referenceramme i øvrigt. Blot det at sætte fokus på – og dermed opmærksomhed af til – emnet "børnesager" må forventes at give en fornemmelse af indsigt. Det var også forventeligt, at deltagerne oplevede en øget indsigt ved blot at blive gjort opmærksom på, at arbejdet med børnesager i almen praksis kan struktureres svarende til arbejdet med de mere klassiske klassificerede patienttyper.

Fra såvel observationsstudiet og data fra både LEARN-skemaer og portefølje er problemet den manglende implementering af dette i deltagernes arbejde med egne børnesager.

Fra et forskningsperspektiv kan én af forklaringerne på det manglende samspil mellem disse faktorer være undervisningsformen. I modsætning til supervisionen med de små grupper, hvor udgangspunktet var deltagernes egne cases, fandt flere af deltagerne selve undervisningsstilen svær at håndtere, bortset fra de gange, hvor deltagerne arbejdede i små grupper på temadagene, enten med udgangspunkt i udleverede cases fra praksis eller hvor de selv var i processen og

projektet. En anden forklaring kan være en manglende tradition for tilegnelse af teoritung undervisning.

Evalueringssspørgsmål: Hvad beskriver deltagerne, at de fik ud af de øvrige faglige tiltag?

Projektets øvrige faglige tiltag er her inddelt i "det laminerede ark", der er projektets målsætning der blev udsendt til alle deltagere, "de 4 P'er", som deltagerne modtog undervisning i og fik udleveret i en oversat version, "lærebøgerne", som var henholdsvis bogen af Allan Carr og Margretha Broden, der blev udleveret til alle deltagere, samt "artikler og nyhedsbreve", der var de af projektledelsen udsendte nyhedsbreve, litteraturhenvisninger, artikler, håndbog og rapporter der løbende er sendt ud til deltagerne.

Storbygruppen

Det laminerede ark med projektets målsætning er blevet læst, men ikke anvendt af de fleste deltagere i denne ene gruppe. En deltager skiller sig dog ud og fremhæver *"det var en god støtte for at huske på at reflektere over sagerne – er det en børnesag? Hvis ikke – hvad er årsagen til det? Hvem visiterer jeg til/tager jeg selv "sagen"? Skal der interverneres af professionelle aktører og hvilken indsats skal da foranstaltes? Skal jeg fortsat være en medspiller? En del af udgangspunktet for arbejdet med børnesager"*

De 4 P'er er af nogle deltagere slet ikke anvendt i projektet, andre siger at de er anvendt mere eller mindre bevidst, en siger de har været anvendt som redskab til at få overblik og en at vedkommende *"har anvendt dem flittigt og systematisk som et uundværligt værktøj i håndteringen af børnesagerne. Giver mig en helhedsforståelse af barnet ved netop at inddrage alle relevante faktorer for årsagen til den opståede børnesag"*.

De udleverede lærebøger beskrives de af de fleste som vanskelige, tunge, for teoretiske, og de der har forsøgt at anvende dem har gjort det lejlighedsvis og som opslag. Alle deltagere har læst nyhedsbrevene og brugt dem til at hente

konkrete oplysninger om projektet. En enkelt angiver at artiklerne har givet god inspiration til at tackle egne børnesager.

Provinsbygruppen

Det laminerede ark blev af to deltagere beskrevet som inspiration og en hjælp, af resten af deltagerne er det ikke blevet anvendt. De 4 P'er beskrives af to deltagere som en skabelon og som hjælp til at få overblik, ellers er de ikke anvendt. De udleverede lærebøger beskrives af alle undtagen én som ikke eller meget lidt anvendt, som støvsamlere og dårlig samvittighed. En enkelt deltager beskrev dog Allan Carrs bog som super god. De udsendte nyhedsbreve og artikler er af alle deltagere anvendt lidt og har været til inspiration eller har fungeret som reminder i forhold til projektets temadage.

Landgruppen

Det laminerede ark blev beskrevet forskelligt af deltagerne, 2 har ikke anvendt det, andre har anvendt det til husketeknik i begyndelsen, som hjælp til identifikation af en børnesag, og en enkelt beskriver det som et super redskab der er nemt at have ved hånden i praksis til at minde én om de vigtigste ting at være opmærksom på. De 4 P'er beskrives af nogle som en hjælp i begyndelsen af projektet, af andre som noget de slet ikke bruger og af en som en god hjælp til at få struktur og overblik. Lærebøgerne har ikke været anvendt ud over til begrænset opslag af enkelte, dog fremhæver flere en bog de selv i gruppen fandt frem og som de fandt meget anvendelig. Nyhedsbreve og artikler: forskelligt udbytte fra overfladisk gennemlæsning, skimmet og læst men ikke brugt, til læst med glæde og læst med usikkerhed på udbyttet.

Svar på evalueringsspørgsmålet

Børneprojektets øvrige læringsredskaber er generelt blevet modtaget på følgende måde:

Nyhedsbrevene fra projektledelsen med vedlagte artikler, henvisninger, links og nyt om projektet er blevet læst og er fundet relevant af deltagerne. Fordelen ved

at oprette og udsende nyhedsbreve var, at projektets deltagere blev mindet om, at de indgik i et større projekt end deltagelse i supervisionsgrupperne, at projektledelsen hurtigt kunne formidle relevant og lettilgængeligt materiale, og at deltagerne fik lejlighed for at komme i kontakt med hinanden på tværs af grupperne mellem de fælles temadage. Ulempen ved nyhedsbrevene var, at de ikke kom til at fungere gensidigt, idet de deltagende læger ikke bidrog til dem.

Det udleverede ark med målsætningerne og de 4 P'er er anvendt af nogle få som huskeliste i praksis, af andre er det slet ikke taget frem fra projektmappen. Bogen af Carr har skabt modstand hos flere deltagere og meget få har orienteret sig struktureret i den. De andre bøger/rapporter og artikler har de fleste deltagere orienteret sig løst i, men ikke, set i forhold til projektets observationsdel, anvendt eller refereret til i supervisionsgrupperne.

Fordelene ved at udsende/udlevere bøger og andet materiale har været, at deltagerne fik mulighed for at blive orienteret om projektets teoretiske baggrund, hvilket kunne berige deres måder at arbejde med børnesagerne i supervisionen og i praksis. Ulempen var at mange praktiserende læger ikke har tradition for at tilegne sig teoribaseret stof i så store mængder, hvilket betød, at mange af deltagerne følte sig overvældet af omfanget (og sproget) af det udleverede materiale.

Hermed afsluttes den uddybende beskrivelse af evalueringen. For sammenfatning og perspektivering af evalueringen, se venligst kapitel 1.

Bilagsfortegnelse

1. Projektbeskrivelse. Når børn har brug for en særlig indsats. Træning af praktiserende læger gennem supervision. 2005.
2. Kontrakt, supervisorer.
3. Roller og arbejdsopgaver, formuleret og godkendt i juni 2006.
4. Midtvejsrapport.
5. Fordeling af børnesagerne efter inspiration af Allan Carr.
6. Case 1.
7. Case 2.
8. Case 3.
9. Case 4.
10. Case 5.
11. Case 6.
12. Notat om ressourcepersonen.

Bilag 3 og 4 kan rekvireres via projektets ledelse, det er for omfattende et materiale at vedhæfte denne rapport.

Bilag 1: Projektbeskrivelse. Når børn har brug for en særlig indsats. Træning af praktiserende læger gennem supervision. 2005.

Når børn har brug for en særlig indsats
– træning af praktiserende læger gennem supervision

BAGGRUND

De forebyggende helbredsundersøgelser hos den alment praktiserende læge etableredes 1947. Indholdet af undersøgelserne er beskrevet i vejledende retningslinier, der løbende revideres som følge af ændrede sygdomsmønstre hos børnene. Dengang lå hovedvægten på fysiske udviklingsforstyrrelser og infektionssygdomme som TB. I dag lægges der især vægt på den sundhedspædagogiske rådgivning med henblik på forebyggelse af ulykker og livsstilssygdomme, ligesom børneundersøgelserne er rammen for screening for mistrivsel blandt børnefamilier.

Undersøgelserne er en integreret og prioriteret institution i sundhedsvæsenet, som mere end 90% af alle børn kommer til. De syv undersøgelser ligger svarende til, at barnet er 5 uger, 5 måneder, 12 måneder og 2, 3, 4 og 5 år.

I følge retningslinierne fra 1995 er formålet med de forebyggende helbredsundersøgelser at medvirke til at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og socialt. Den praktiserende læge har en central rolle i forhold til:

- forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom*
- tidlig opsporing af børn med særlige behov*
- forebyggelse af ulykker hos børn*

Til retningslinierne kunne man relevant i 2004 supplere med
Livsstilsproblemer – fysiske, psykiske og sociale

Børn med behov for en særlig indsats.

Vi ved at langt størstedelen af danske børn trives og har det godt. Men undersøgelser har også vist, at ca. 15 – 20 % af danske børn mistrives i varierende omfang eller er udsat for omsorgssvigt. Disse børn har brug for en tidlig indsats, en indsats tilpasset det enkelte barns behov for at undgå at problemerne bliver for store og irreversible med risiko for varig skader af barnet og dets personlighed.

Omsorgssvigt består i følge Kari Killén af lidelse, mangler og savn påført forsvarsløse børn af forældre, der selv lider af utilstrækkelighedsfølelser, frustrationer og håbløshed.

Omsorgssvigt inddeles i 4 kategorier, oftest er der dog tale om flere af disse på samme tid:

Fysiske overgreb ofte med synlige følger. Foruden de fysiske smerter oplever barnet angsten for nye overgreb, fortvivelse over forældrens afvisning og manglende selvkontrol. De psykiske skader af den fysiske vold er almindeligvis langt mere alvorlig end den fysiske smerte.

Psykiske overgreb i form af hån, ringeagt, afvisning eller trusler.

Fysisk og/eller psykisk vanrøgt, hvor barnet ikke får passende mad, klæder, opsyn, kærlighed og stimulering.

Seksuelle overgreb, hvor barnet involveres i seksuelle aktiviteter, det ikke er modent til.

Et barn som udsættes for omsorgssvigt fratages en vigtig del af sin barndom og får ofte blivende skader i form af manglende selvværd og selvtillid, manglende evne til at kunne knytte sig og indgå i forpligtende samvær med en anden. Jo mindre barnet er, jo voldsommere overgrebet er og jo længere det står på, jo større risiko for alvorlige mén. Det er derfor vigtigt med den *tidlige opsporing* og hurtigt indsættende behandling af barnet og dets familie.

Jo mindre børn med belastede opvækstvilkår er, jo hyppigere viser den manglende trivsel sig som somatiske problemer, der ofte både af professionelle og forældre i første omgang tolkes som sygdom. En del af dem ses hyppigt af den praktiserende læge. Det er derfor vigtigt at lægen er trænet i at se bag om symptomet og stole på sine fornemmelser, herunder at kunne bruge den forebyggende helbredsundersøgelse til at vurdere, om et barn trives og får god nok omsorg fra sine forældre.

Samarbejdet med socialforvaltningen

Den praktiserende læge har via sin uddannelse, sin faglige position, sin erfaring og sit kendskab til hele familiens sundhed og trivsel et særligt udgangspunkt for at diagnosticere mistrivsel hos et barn, men hæmmes i sin indsats ved ikke at samarbejde med andre professionelle omkring barnet. I Danmark er der ingen tradition for samarbejde mellem læger og daginstitutioner. En spørgeskemaundersøgelse fra 2002 viser at praktiserende læger har et meget begrænset samarbejde med socialforvaltningernes sagsbehandlere, sundhedsplejerske m.fl. Dette på trods af retningslinernes anbefaling om, at den praktiserende læge inddrages i de tværfaglige børneteams.

Vi har en højt prioriteret institution – børneundersøgelsen, et klart formuleret formål som inkluderer tidlig opsporing af børn med særlige behov, og en socialforvaltning, der har ansvar for og pligt til bl.a. at arbejde med de børnefamilier, hvis trivsel skønnes truet. Almen praksis screener via børneundersøgelser alle børn og skal finde de få med de mange problemer; socialforvaltningerne arbejder med de få med mange problemer.

Der er lovkrav til kommunerne om at oprette tværfaglige teams for børnesager med anbefaling om at inddrage den praktiserende læge. Vi har flere projektarbejder som viser, at teamsamarbejdet kan etableres inden for de nuværende rammer med en beskedent ekstra indsats – det bedrer indsatsen. Vi har således strukturen, men alligevel er samarbejdet mellem forvaltning og almen praksis yderst sparsomt. Hvorfor er det sådan?

Sundhedsvæsenet hører ind under amterne og socialvæsenet ind under kommunerne. Der er tale om to meget forskellige kulturer med meget forskellige arbejdsformer, ideologier og urealistiske billeder af hinanden. Der findes næsten en kinesisk mur mellem de to væsener, som oftest kommunikerer skriftligt og ikke kender samarbejdspartneren på den anden side af muren.

Den praktiserende læge er vant til at arbejde selvstændigt. Relationen til den enkelte patient er personlig, fortrolig og langvarig. Hverdagen er travl og inviterer ikke til megen

mødevirksomhed uden for praksis. Oftest har de praktiserende læger, der hver især udgør en lille enhed, ikke særlig tætte relationer til hinanden og kan ikke opfattes som en enhed i relation til kommunen. Omvendt er kommunen organiseret hierarkisk med ledere og har det fulde, uindskrænkede økonomiske ansvar.

Den enkelte læge samarbejder med flere sundhedsplejersker, med mange sagsbehandlere og ofte også med flere kommuners socialforvaltninger. Omvendt samarbejder den enkelte sagsbehandler og sundhedsplejerske med alle kommunens læger og med læger i andre kommuner.

Hvordan ser det ud fra almen praksis?

Kender lægerne deres "behovsbørn" og omfanget af deres belastninger?

Ved lægerne, hvilke symptomer belastede børn og deres familier har?

Kan – vil – tør lægerne se dem?

Hvad gør lægerne?

Hvilke muligheder for tværfaglig behandling findes?

Hvad er deres erfaringer med samarbejdet omkring belastede børn?

Nytter hjælpen?

Har den praktiserende læge de rette kompetencer?

Hvad er de rette kompetencer? Hvor kan man få dem?

For yderligere at kvalificere den hidtidige indsats, er det nødvendigt at kende til:

Hvorledes definerer den praktiserende læge "behovsbørn"?

Kan læger gennem supervision blive bedre til at finde "behovsbørnene"?

Bedre til selv at behandle nogle af dem og bedre til at udvælge dem, som har behov for andres assistance?

Kan læger og deres samarbejdspartnere gennem supervision blive bedre til at bruge hinanden ekspertise?

FORMÅL

Forebyggelse af omsorgssvigt af børn gennem tidlig, kompetent og ofte tværfaglig indsats i respekt for familiens forståelse og ressourcer med udgangspunkt i almen praksis.

MÅL

Forebyggelse af omsorgssvigt af børn ved at:

Øge praktiserende lægers kendskab til egne kompetencer og styrke disse kompetencer.

Øge praktiserende lægers kendskab til deres position og de muligheder, det giver.

Styrke praktiserende lægers funktion som visitator og med-tovholder.

Styrke grundlaget for samarbejde mellem almen praksis, sundhedsplejen m.v.

METODE

Tre supervisionsgrupper (storby, provinsby og landområde) hver bestående af 6-7 praktiserende læger og repræsentanter fra sundhedsplejen. Gruppen ledes af en erfaren supervisor, der selv er praktiserende læge.

Til gruppen knyttes en resursepersone i form af en børnelæge, børnepsykolog eller børnepsykiater.

Gruppen mødes ti gange om året i to år. Hvert møde varer 1½ -2 timer.

Inden supervisionen begynder skal alle deltage i 6 – 8 timers fælles undervisning lagt enten på en hel dag eller to halve dage.

Emner for undervisningen:

Betydningen af en harmonisk barndom.
Tegn på mistrivsel.
Konsekvenser af mistrivsel.
De professionelle handlemuligheder.
Lovgivning på området.

Opgaver for supervisor:
Supervision.
Planlægge undervisning.
Etablere kontakt til socialforvaltning og det tværfaglige team.
Kontakt til projektkoordinatorerne.
Litteratur til gruppen.
Passe logbog.

Baggrundsgruppe bestående af:
De tre supervisorer, ledende børnepsykolog Rikke Schwartz, ledende overlæge Ole Andersen og en socialchef samt Kirsten Lykke, Lene Flachs (projektkoordinatorerne) og den evt. tilknyttede forsker.

Etablering af grupperne:
Storbygruppen - etableres gennem x og efteruddannelsesvejlederne evt.
Provinsbygruppen - x og de andre efteruddannelsesvejledere.
Landgruppen - x samt Forum for faglig forundring.

Supervisorer.
Supervisionsgruppen under DSAM, Torben Mahneke.

Resursepersonerne til grupperne.
Findes i de tre lokalområder.

TEORETISK REFERENCERAMME

Professionelle der arbejder med børn med risiko for mistrivsel og omsorgssvigt og deres familier skal:

Kunne, ville og turde få øje på de signaler, børnene og familierne sender.
Kunne forstå de ofte komplicerede problemstillinger, familierne har.
Kunne beskrive det de ser for familierne med respekt for familiernes egen forståelse.
Kunne analysere familiernes behov og beskrive dem, så andre professionelle kan se hvori opgaverne består.
Have overblik over, hvad der er lette problemstillinger som man kan klare på egen hånd og vanskeligere opgaver med behov for tværfaglig indsats.
Kunne fungere som tovholdere.

Som teoretisk grundlag bruges i dette projekt Alan Carrs bog: The handbook of child and adolescent clinical psychology.

Især hans model med de fire P'er:

- Predisposing factors
- Perpetuating factors
- Protective factors
- Provocative factors

er et godt udgangspunkt for en beskrivelse af familierne og deres problemer. Arbejdet med familierne skal tage foregå i respekt for deres forståelse af problemer og resurser og bygge på den grundlæggende erkendelse at forældre altid ønsker og forsøger at gøre det bedste for deres børn.

Ved igen og igen at analysere en problemstilling ved hjælp af de fire P'er trænes evnen til at forstå og fremlægge en kompliceret sag og evnen til at kunne justere indsatsen undervejs.

Projektet vil desuden tage udgangspunkt i teorierne om:

Tidlig tilknytning som beskrevet af Daniel Stern, Alice Miller og John Bowlby og Svend Aage Madsen.

Omsorgsvigt beskrevet af Kari Killén og Margareta Broden.

Tillid er et centralbegreb i arbejdet med familier med svigtende omsorgsevne. Tillid er troen på, at man kan stole på nogen eller noget. Ofte vil forældrene på grund af svigt i egen opvækst have manglende selvtillid, de er bange for ikke selv at slå til i livet og være gode nok forældre. De har ikke fået opbygget en basal tro på livet, og de har ikke oplevet at andre er til at stole på. De vil derfor ikke sjældent møde lægen med en grundlæggende mistillid og ikke turde stole på hans eller hendes vilje eller evner til at hjælpe. Og de har svært ved at tro på at lægen har tillid til deres vurdering og resurser.

Lægen er ofte usikker på sin faglige kundskab i forhold til disse familier. Og lægen har ofte manglende tro på familiens dømmekraft og evner til at kunne ændre på u hensigtsmæssige forhold. Lægens tillid til "systemet" er afgørende for, hvor meget og hvornår han/hun henviser og i øvrigt tør udforske sine bekymringer for et givet barn og dets familie.

Når læge og patient mødes har begge brug for at et gensidigt tillidsforhold opbygges. Uden tillid er megen indsats forgæves.

METODEEVALUERING

Supervision er for mange praktiserende læger en velkendt arbejdsmetode. I mange år har læger styrket arbejdet i konsultationen gennem supervision af video og lydbånd af konsultationer. Sjældent har disse dog fremstillet konsultationer med børn.

I supervisionsgruppen kan analyse og forståelse trænes. Forslag til egen indsats eller behov for inddragelse af andre professionelle drøftes. Gruppens børnekyndige resursepersone vil kunne introducere nye synsvinkler og tilføre viden. I løbet af de to år kan samme familie følges og effekten af indsatsen vurderes og justeres. Med deltagelse af sundhedsplejen øges bredden i forståelsen af problemstillingen og indsatsmuligheder.

TIDSRAMME

Etablering: 6 måneder. (Gruppedannelse, etablering af ph.d.-studium, de første fokusgruppeinterview, undervisning.)

Supervision: 2 år

Evaluerings: 6 måneder. (Forankring af metode med nye grupper).

EVALUERING

Videnskabelig evaluering med et omfang svarende til et ph.d.-projekt. Evalueringen begynder samtidig med projektet, dvs. ph.d.-projektet bør være beskrevet og stipendiaten fundet ved projektets start.

Formål: at følge og beskrive processen, herunder de deltagende læges forestillinger om ”behovsbørn” og deres egen rolle i forhold til disse før og efter deltagelse i projektet. Samt at producere en form for drejebog for fremtidige lignende supervisionsgrupper.

Indhold: (forslag, skal planlægges endeligt i forbindelse med, at ph.d.-projektplanen udfærdiges).

Fokusgruppeinterview før og efter supervisionsinterventionen i alle tre grupper.

Deltagerne skal beskrive ”behovsbørn”, som de ser ud i almen praksis.

Deltagerne skal beskrive egne muligheder for at diagnosticere og behandle disse børn (og deres familier), og hvad de finder svært og til tider hindrende?

Deltagerne skal beskrive deres oplevelse af samarbejdet med de andre samarbejdspartnere, hvad finder de befordrende og hindrende for samarbejdet?

Fokusgruppeinterview af supervisorer efter et år og efter hele forløbet.

Hvordan oplever supervisor, at arbejdet i gruppen forløber? Hvad har virket befordrende og hæmmende for gruppens arbejde? Ideer til en kommende drejebog for andre supervisionsforløb.

Det vil være oplagt, at stipendiaten tilrettelægger sine interviewspørgsmål efter at have deltaget i flere supervisioner (feltstudier).

I alt 8 fokusgruppeinterviews med efterfølgende analyse.

Opbygning af principper for logbogsoptegnelserne og siden kvalitativ analyse (Logbog føres af supervisor ved hvert eneste møde).

Feltstudier undervejs.

15.09.04

Lene Flachs og Kirsten Lykke

Bilag 2: Kontrakt, supervisorer.

Samarbejdsaftale indgået mellem Børneprojektet v/
Praktiserende læger Lene Flachs, Kirsten Lykke og supervisor
xx.

xx tilknytttes Børneprojektet som supervisor for gruppen af deltagende
læger i supervisionsgruppen i det 2-årige projektforsløb.

Funktionen

- At supervisere inden for projektets målsætning
- At samarbejde med projektledelsen dels ved formelle møder, dels
såfremt supervisor og/eller gruppen har behov herfor
- At samarbejde med projektets evaluatore

Tidsforbrug:

Der planlægges afholdt 8 supervisionsseancer á 2 timer pr. år, i alt 16
supervisionsseancer i hele projektforsløbet, svarende til 32
supervisionstimer.

Der planlægges endvidere afholdt 3 til 6 formelle møder i hele
projektperioden.

Honorering

Supervisionstimerne honoreres med x kr. pr. supervisionstime
Øvrig mødedeltagelse honoreres med x kr. pr. time.

Andet

Supervisor kan efter eget valg deltage i den planlagte undervisning for
projektets læger, dog uden honorar.

København, den

Lene Flachs
Praktiserende læge
Projektleder

Kirsten Lykke
Praktiserende læge
Projektleder

xx
Supervisor

Bilag 3: Roller og arbejdsopgaver, formuleret og godkendt i juni 2006.

Roller og arbejdsopgaver i Børneprojektet pr. juli 2006:

Kan rekvireres via projektets ledelse.

Bilag 4: Midtvejsrapport

Midtvejsrapport:

Kan rekvireres via projektets ledelse.

Bilag 5: Fordeling af børnesagerne efter inspiration af Allan Carr.

Fordeling af børnesagerne efter inspiration af Allan Carr

Projektledelsen valgte Allan Carrs model som det teoretiske grundlag for børneprojektet. Projektets undervisning har også overvejende taget udgangspunkt i samme teori. Derfor undersøgte vi, om børnesagerne som de observerede praktiserende læger tog op i supervisionsgrupperne kunne kategoriseres ud fra denne model. Der var imidlertid ingen af de praktiserende læger der anvendte denne model systematisk. To læger har i evalueringen givet udtryk for at være blevet inspireret af dele af Carrs bog, men i de observerede supervisionssessioner har vi ingen eksempler på anvendelse af Carr. Nedenstående kategorisering viser derfor kun, at Carr kunne være brugt, men at lægerne ikke fandt det anvendeligt.

Det er væsentligt at påpege, at denne kategorisering er foretages som et eksperiment af forskere med særlig indsigt i læreprocesser og ikke med en specifik børnefaglighed. Det er ligeledes væsentligt at fremhæve, at ingen af sagerne er blevet defineret på denne måde i de konkrete supervisionsforløb, hvori de er blevet observeret. Det vil sige, at personer med specifik børnefaglighed og/eller indgående kendskab til Carrs tænkning muligvis ville placere nogle af sagerne anderledes.

Ikke alle sager har kunnet tilpasses direkte til modellen, hvorfor der optræder nogle sager under kategorien "andet", hvor de kan indpasses i aldersgrupperingerne, og som "ikke kategoriserbare", hvor der for eksempel er tale om en sag vedrørende et ufødt barn eller en hel familie. Sager der er efterfulgt af et "obs" betyder, at lægerne på det tidspunkt hvor de medbragte sagen i supervisionsgruppen ikke var afklaret mht. om det var en børnesag eller ej.

Sagerne er inddelt efter supervisionsgrupperne og Carrs inddeling af børn i henholdsvis tidlig barndom, skolealder og adolescens.

Storby.

Tidlig barndom:

Renlighed og tilpasning til ændringer i livsvilkår/ dødsfald: 1
Sprog og indlæring (inkl. grænsesætning) og tilpasning til ændringer i livsvilkår/skilsmisses: 1
Omsorgssvigt, mistanke om fysisk overgreb: 1
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/ psykisk syge forældre: 2
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/ sygeliggørelse af rask barn: 3
Kontekstuelle vedligeholdende faktorer/ overbeskyttelse af kronisk sygt barn: 1

Skolealder/middle childhood:

Angst og emotionelle forstyrrelser, tilpasning til ændringer i livsvilkår/skilsmisses, omsorgssvigt/fysiske og følelsesmæssige overgreb, samt overvægt: 1
Autisme: 1
Tvangssymptomer, tilpasning til ændringer i livsvilkår /skilsmisses, omsorgssvigt/fysisk overgreb samt prædisponerende kontekstuelle faktorer/ misbrug i familien: 1
Adfærdsproblemer, tilpasning til ændringer i livsvilkår /skilsmisses og sengevæder: 1
Kaotisk familiestruktur: 1

Adolescens

Skizofreni obs.: 2
Omsorgssvigt/fysiske overgreb og tilpasning til ændringer i livsvilkår /anbringelse: 1

Ikke kategoriserbar

Lægen orienteres via anden myndighed om vold i familie der er ukendt i praksis: 1

Provinsby.

Tidlig barndom

Problemer med indlæring: 1
Problemer med sprog: 1
Omsorgssvigt og følelsesmæssige overgreb: 2
Tilpasning til ændringer i livsvilkår/ skilsmisses: 2
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/ sygeliggørelse af rask barn: 1
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/ psykisk syge forældre: 1

Skolealder/middle childhood

Autisme obs.: 1
Angst og emotionelle forstyrrelser, skilsmisses: 1
Psykosomatiske symptomer: 1
Psykosomatiske symptomer, kontekstuelle prædisponerende faktorer/ torturramt mor: 1
Psykosomatiske symptomer, tilpasning til ændringer i livsvilkår/skilsmisses, obs. omsorgssvigt/ fysiske overgreb, kontekstuelle prædisponerende faktorer alkoholmisbrug hos far: 1
Adfærdsproblemer: 1
Adfærdsproblemer, tilpasning til ændringer i livsvilkår/separation obs.: 1
Omsorgssvigt og overgreb/fysisk obs.: 1

Adolescens/middle childhood

Depression, tilpasninger til ændringer i livsvilkår/dødsfald og overvægt: 1
Aspergers, tilpasninger til ændringer i livsvilkår/skilsmisses: 1
Depression obs.: 1
Misbrugsproblemer: 2
Tilpasninger til ændringer i livsvilkår/skilsmisses og kontekstuelle prædisponerende faktorer/alkoholmisbrug hos mor: 1
Vedligeholdende faktorer/problemstilling relateret til kulturel baggrund: 1

Ikke kategoriserbar

Hel familie fanget har under ferie været fanget i krigszone, lægen er bekymret for følgerne/provokative faktorer: 1

Land.

Tidlig barndom (7)

Problemer med sprog og indlæring: 1
Problemer med sprog og indlæring, kontekstuelle prædisponerende faktorer/torturramt mor, Tilpasninger til ændringer i livsvilkår/skilsmisses: 1
Vedligeholdende forældre-faktorer/psykologiske problemer hos mor: 2
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/psykisk syge forældre: 1
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/ psykisk syge forældre med misbrug: 1
Andet: svært overvægtige forældre: 1

Skolealder/middle childhood (12)

Psykosomatiske symptomer, overvægt: 1
Overgreb/obs. seksuelt overgreb: 1
Angst- og emotionelle forstyrrelser: 2
Omsorgssvigt/følelsesmæssige overgreb: 2
DAMP: 2
Tilpasninger til ændringer i livsvilkår/skilsmisses, overgreb/følelsesmæssige samt kontekstuelle prædisponerende faktorer/vold mellem forældre: 1
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/ mor misbrugsproblemer: 1
Kontekstuelle prædisponerende faktorer/psykisk syge forældre: 2

Adolescens/middle childhood (7)

Anoreksi, overgreb/seksuelle, tilpasninger til ændringer i livsvilkår/ skilsmisses: 1
Misbrugsproblemer: 1
Depression, tilpasninger til ændringer i livsvilkår/ dødsfald: 1
Overgreb/seksuelle, tilpasninger til ændringer i livsvilkår/ skilsmisses: 1
Overgreb/ følelsesmæssige, kontekstuelle prædisponerende faktorer/ torturramt mor, tilpasninger til ændringer i livsvilkår/ skilsmisses: 1
Kaotisk familiestruktur: 1
Andet: Mor-datter konflikt: 1

Ikke kategoriserbar (2)

Tidligere misbruger gravid/ufødt barn: 1
Psykisk syg gravid/ufødt barn: 1

Bilag 6: Case 1.

Case 1. Tove

Tove i midten af 30'erne. Hun kommer fra en kristen baggrund hvor familien var engageret i blandt andet hjælpearbejde og børnesponsorater. Dette har præget Toves opfattelse af børn der er dårligt stillet, og, oplever hun selv, har givet hende nogle særlige forudsætninger. Børn betyder meget for Tove, der gennem sit studium regnede med at skulle være pædiater, men valgte almen praksis fordi vagtarbejdet på sygehuset blev for stort et pres, når det samtidig er vigtigt for Tove at være mor. Hun siger: *"Jeg er meget mor, at være mor betyder meget for mit liv og den måde jeg fungerer på"*. Tove er forholdsvis nynedsat praktiserende læge, arbejder i en delepraksis og har en ugentlig fridag. Tove har allerede haft en del kontakter med børn og familier i praksis. Tove kender til supervision fra sin uddannelse, men har ikke været i en supervisionsgruppe efter hun blev praktiserende læge.

Ved projektstart 2005

Ved det første interview peger Tove på to områder som hun forventer at blive bedre til gennem projektet:

- 1) At få fokus på måden Tove kan henvise/indberette børn til kommunen på, at vide hvem man henviser til og hvorfor man henviser dem.
- 2) At blive bedre til at vurdere og spotte sager der ikke er blevet sager endnu

Efter projektets første år, 2006

Ved det andet interview med Tove evalueres der på, hvordan det er gået med de områder Tove havde forventninger om at blive bedre til via projektet:

Ad. 1. At få fokus på måden Tove kan henvise/indberette børn til kommunen på, at vide hvem man henviser til og hvorfor man henviser dem

Det har i projektets første år vist sig, at dette område alligevel ikke har været så oplagt som Tove forestillede sig ved projektets start, og Tove har ikke indberettet/henvist nogen børn til myndighederne. Alligevel oplever Tove at samarbejdet med forvaltningen er et område hun virkelig mangler noget i forhold til. Tove syntes det er det vanskeligste i projektet (og i hverdagen) og hun forstår ikke hvorfor praktiserende læger ikke inddrages langt mere aktivt. Hun siger:

"man bliver nok lidt tilbageholdende med at gå videre med en sag til forvaltningen, hvis du ikke ved, hvad de har at tilbyde, hvis du ikke ved, hvad du kan sige til forældrene, hvis du tager hul på den her byld eller et eller andet, og man finder ud af, at der faktisk ikke er noget at tilbyde dem, så vil man hellere lade være. Og det er jo ikke rigtig, det er jo ikke det, der skal være stopklodsens for, at man ikke tør gå videre, at man ikke ved, hvad man skal gøre ved det, om der er en løsning på det overhovedet".

Tove foreslår at der ansættes en børnekonsulent i kommunen, gerne med en medicinsk baggrund, der kan være ressourceperson for praktiserende læger, som kunne guide sine kollegaer igennem systemerne. Det er Toves håb at hun og supervisionsgruppen er kommet videre med dette tema og har fået etableret et samarbejde med kommunen næste år.

ad. 2. At blive bedre til at vurdere og spotte sager der ikke er blevet sager endnu

Tove er inspireret af de teorier hun er blevet præsenteret for via projektet og kan bruge strukturen omkring Carrs 4 P'er, som hun finder anvendelige at tænke på i praksis. Tove syntes også muligheden for at lægge børn ind i den elektroniske portefølje er anvendelig fordi den er god til at

"fastholde problematikkerne med børnene". Arbejdet i supervisionsgruppen har også stor betydning. Alle dele beskriver Tove som redskaber, der hjælper hende med at få bedre overblik. Når Tove anvender de 4 P'er, bliver de ikke brugt systematisk, men "er noget der ligger i baghovedet og som kommer af sig selv". Og det er ikke mere krævende at arbejde sådan, "man er nødt til at forholde sig til børnene som praktiserende læge, sætte sig ned og tale med dem, vise dem interesse. Ellers bliver faget kedeligt og rutinepræget og man risikere at overse noget, der bliver langt mere krævende for børnene, familierne og lægerne på sigt".

Tove har, efter hun er startet i børneprojektet, fået øjnene op for nogle andre børn end dem hun havde regnet med først, for de små ting og for sine egne fornemmelser, og hun oplever at have fået mere mod, både til at turde spørge ind til forældrene og til at kommunikere direkte med børnene. Dette oplever Tove er redskaber som ligger ud over hvad hun havde forventet at få ud af sin projektdeltagelse, og her har deltagelsen i et projekt der løber over længere tid helt klart støttet Tove i at fastholde dette perspektiv. Hun siger:

"Når man er i et projekt, hvor man fokuserer på de ting, så tager man det med i sin hverdag og i og med, at det er et projekt, der ikke er overstået på få uger, som nogle projekter jo er, så tvinger det i gåseøjne én lidt til at være mere fokuseret og mere åben for at tage fat på de problemstillinger. Og det synes jeg, det har givet mig, og jeg vil sige, trods projektet stadig kører endnu, og det er jeg da glad for det gør, så er det da sådan nogle ting, hvor jeg vil sige, jeg tror også grunden til netop, at det strækker sig over den tid, det gør, gør at man som... fortsætter med at integrere det som en del af ens arbejdsdag i praksis, og det, tror jeg, er rigtig vigtigt".

Ved projektafslutning 2007

Da Tove ved det sidste interview tænker tilbage over det samlede projektforsløb, peger hun på, at det der var det sværeste for hende i begyndelsen var at turde sætte ord på det hun så hos børn og familier, og at deltagelse i projektet har betydet at hun er kommet ud over den barriere. Hun har oplevet at vanskeligheden snarere har ligget hos hende selv og ikke hos familierne, der ofte reagerer positivt på at hun som læge bringer selv meget vanskelige sager frem. Dette kan Tove mærke har haft en afsmittende effekt, ikke kun i forhold til børn og familier men i forhold til andre patientgrupper, alvorligt syge eller misbrugere. Hun siger:

Det sværeste i starten var netop det der med at turde gøre nogle ting, altså stille nogle spørgsmål eller lægge op til, at man måske så, at der var en måske børnesag over for forældrene, og ligesom komme over den begrænsning. For det handlede om, hvis man ikke turde det, så kunne man ligesom ikke rigtig komme videre med det her børneprojekt, så det var, for mig var det en god kickstart til at tage fat omkring et område, som måske er rigtig svært for mange, tror jeg. Og det lærte mig også noget om mig selv, at nogle gange så ligger begrænsningerne nok i én selv, det er sjældent man oplever hos familien, eller typisk moderen, at det var et problem, at man stillede spørgsmålstegn til, om noget fungerede i familien eller ej. Så jeg vil sige, det har børneprojektet givet mig, men egentlig også på mange andre områder, hvis man nu skal gå ud over børneprojektet, for der findes jo mange andre svære samtaler, hvor man synes det kan være svært at komme i gang, og hvor børneprojektet faktisk har været det... du kan også bruge det i andre sammenhænge med misbrugerne. (...) Så for mig var det primære faktisk ved børneprojektet, det var, at jeg lærte noget om mig selv og jeg turde gøre nogle ting, og det var vigtigt for, at projektet overhovedet kunne komme i gang.

Hvad konkret i projektet der har hjulpet Tove med at overkomme denne barriere er først og fremmest deltagelse i supervisionsgruppen og oplevelsen her af, at det er fælles problematikker praktiserende læger sidder med. Hun siger:

Når du sidder i en gruppe og hører at du ikke er den eneste, der har de her problemer med at turde sige nogle ting og få en samtale eller en konsultation i gang på et svært område, og de andre har turdet, eller de har ikke turdet for den sags skyld, så siger jeg, for søren, vi sidder jo alle sammen med de samme problemer, det er ikke forskelligartet for os. Og så tror jeg det der med, at man får det der samvær og hører det der en gang om måneden, gør, at man siger okay du må videre, du skal turde, de andre sidder jo ligesom dig, jeg tror, at det er det primære.

Tove mener, at mange forældre har den opfattelse, at læger kun kan hjælpe med noget der har at gøre med sygdomme eller at måle højde og vægt. Hvis der skal laves om på disse forestillinger

skal lægerne selv vise hvad de kan, men et udbygget samarbejde med for eksempel sundhedsplejerskerne vil også være meget relevant. Sundhedsplejerskerne er til stede i børn og familiers liv på et tidligt tidspunkt, men det er lægerne også, så hvis sundhedsplejerskerne kunne sige til familierne, at de trygt kunne gå til lægen med spørgsmål omkring det sociale og familiemæssige, ville det være rigtig godt. Sundhedsplejerskerne er naturlige samarbejdspartnere for lægen, men sådan fungerer det ikke i praksis er Toves erfaring. Hun siger:

Som det er nu, så er det to lejre, det kan man godt sige, at det er, og det synes jeg er rigtig, rigtig ærgerligt.

Tove har desværre heller ikke fået nogen erfaringer med samarbejdet med de øvrige kommunale aktører på børneområdet gennem projektdeltagelsen. En enkelt gang har hun overvejet at henvende sig, men SFO'en kom hende i forkøbet. Tove blev informeret om sagsforløbet af barnets mor, ikke af forvaltningen. Billedet af de potentielle samarbejdspartnere i kommunen og sagsgangene i systemet er stadig meget uklart for Tove der er meget ærgerlig både over dette og over hvor lidt børn og familier tilsyneladende bliver prioriteret. Hun siger:

Det der med, der virkelig i vores samfund ikke bliver gjort mere for børnefamilierne og børnene som sådan, det overrasker mig rigtig, rigtig meget, når du tænker på, hvad der bliver gjort for så mange andre hvor man vælter i tilbud, og når du så finder problemer med børn, som selvfølgelig er meget forskelligartede i deres udtryksmåde og dermed måske også de tilbud, der skal gives, så synes jeg virkelig, man står i ingenmandsland, jeg synes ikke der er de tilbud, som man et eller andet sted føler, det kunne den familie godt have brug for her og nu.

Tove vil gerne spille en langt mere aktiv rolle i børnesager og forestiller sig at kunne indgå relevant for eksempel i et tværfagligt team. Hun siger:

Det er rigtig ærgerligt, at den praktiserende læges rolle ikke bliver implementeret, som en vigtig del af et team, der kunne bestå af, sundhedsplejerske, læge, psykolog, sagsbehandler et eller andet, hvor man sagde, okay her har vi et barn, som har behov for noget hjælp eller en familie, der har behov for noget hjælp, her sætter vi ind, og vi laver et team, altså et setup omkring barnet, fordi så tror jeg ikke, man behøver at sætte de helt dyre projekter i gang med at anbringe barnet og mor måske i hjælpeinstitutioner, jeg tror, man kan komme langt i et team, hvor man inviterer familien og barnet ind til samtaler og løsningsmodeller.

Den praktiserende læges rolle kunne så blandt andet være at være den, der kender familien uden for den akutte problematik, som kunne fastholde de ressourcer der er i enhver familie. Men det forudsætter at man arbejder på de samarbejdsproblemer der eksisterer, på at nedbryde barrierer og manglende traditioner.

Skulle projektet gøres om med de erfaringer der er i dag, mener Tove, at tværfaglige samarbejdspartnere skulle involveres langt mere fra start. Tove skriver om dette i den skriftlige evaluering:

Jeg kunne godt tænke mig, at man kunne starte et nyt børneprojekt, hvor man fra starten havde indtænkt en tværfaglig sammenhæng – et samarbejde som kunne styrke den tidlige indsats med at forebygge at børnesager når at vokse sig for store og uoverskuelige, fordi problemer enten ses for sent eller fordi den nødvendige tværfaglige indsats ikke eksisterer. Jeg ser det som en oplagt mulighed at etablere en kontakt til sundhedsplejerskerne, for sammen med dem at få et godt og stabilt samarbejde omkring børnene fra de helt spæde år.

Bilag 7: Case 2.

Case 2. Troels

Troels er en erfaren praktiserende læge i midten af 40'erne. Han arbejder i en kompagniskabspraksis med praksispersonale tilknyttet. I starten af børneprojektet overgår han til at være en sololæge, da hans kollega går på pension. Troels arbejder mellem 50 og 60 timer om ugen, er gift og har tre børn. Troels har ikke tidligere været med i en supervisionsgruppe, men begynder i en ny gruppe parallelt med børneprojektets supervisionsgruppe.

Troels beskriver sig selv som én der ikke er god til store systemer, men kan lide at kunne handle her og nu som man kan i praksis. Han siger:

Jeg er familielægen, det sætter jeg en meget stor streg under, men jeg vil jo altid tage parti for den svageste og det må være barnet. Jeg kunne godt tænke mig at mine børnepatienter siger om mig, at det er en person du kan gå ned til, hvor du kan være tryk ved, at hvis du har et eller andet, så vil han tage det alvorligt. Det kan være en knop, eller du har ondt, eller du er ked af det, så kan du gå derned og snakke med ham. Hvis barnet er ked af det eller har ondt i maven eller et eller andet, så er det muligt for dem at henvende sig til mig.

Ved projektstart 2005

Ved det første interview med Troels tegner der sig følgende områder som Troels gerne ville have blive bedre til via projektet:

1. At få mere pondus og at blive bedre til at tage svære temaer op uden at vælte patienterne omkuld
2. At få mere viden om ressourcerne i lokalområdet
3. At inddrage praktiserende lægers viden i projektet

Efter projektets første år 2006

Ved det andet interview med Troels, evalueres der på hvordan det er gået med de områder Troels havde forventninger om at blive bedre til via projektet:

Ad. 1. At få mere pondus og at blive bedre til at tage svære temaer op uden at vælte patienterne omkuld

Troels oplever at have fået flere redskaber til at håndtere dette, først og fremmest ved at begynde at dele sine overvejelser med familierne, dele sine bekymringer og observationer og hans oplevelse er, at patienterne bliver glade når de oplever han som læge bekymrer sig om dem. Dette er ikke noget Troels syntes er enkelt, men han oplever han bliver bedre ved at øve sig, at han stiller de rigtige spørgsmål, kommer tættere på og får afklaringer på diverse problemstillinger og på den måde bliver for eksempel børneundersøgelsen mere fokuseret. Børneundersøgelsen bruger Troels til at få viden om familierne og finde ud af hvordan de tackler problemer.

Det at få redskaber giver mere mod til at turde gå ind i vanskelige samtaler og dermed også mere oplevelse af personlig pondus. Troels siger:

Jamen jeg tror at man vil opleve, at det, at man arbejder, går ind intensivt ind, om det er kirurgi eller det er omkring det her med børn, altså det, at man får nogle redskaber og mestrer redskaberne uanset, hvad det er, så tør du mere, så gør man mere, man tør mere.

Ad. 2 At får mere viden om ressourcerne i lokalområdet

I forhold til samarbejdet med kommunen oplever Troels, at projektet snarere afspejler flere og flere frustrationer i relationen mellem de praktiserende læger og kommunen, frem for et øget samarbejde og forståelse. Troels oplever at have fået sine værste fordomme bekræftet, og han er også overrasket over det han syntes er et ringe niveau i de institutioner der har opsyn med børnene mange timer hver dag. Han har for eksempel aldrig oplevet at blive kontaktet af en daginstitution og har på den anden side heller ikke selv kontaktet en institution, men overladt dette til forældrene. Disse erfaringer mener Troels er udtryk for realisme i forhold til at det er to systemer der fungerer meget forskelligt.

Troels er meget klar i forhold til hvad han mener der skulle til for at forbedre forholdene, han siger:

Det jeg savner i virkeligheden måske, det er, at tempoet i socialforvaltningen øges betragteligt, at kompetencen til at stille til problemstillinger øges betragteligt, og det er ikke kun inden for børnesager, det er sgu inden for alle sager. Jeg sidder og er træt af, med masser der kommer herved, ja du skulle skrive et eller andet til min sagsbehandler, så er det, at jeg lige slår mig i hovedet og siger, vi har nogen aftaler om, hvordan vi skal arbejde inden for sådan nogen systemer, det kan en sagsbehandler da ikke mene, hvis det var sådan en, som man ved, at sådan er det bare, men det er jo gentagne gange, altså.

Ad. 3 At inddrage (praktiserende) lægers viden i projektet

Troels beskriver praktiserende læger som håndværkere der arbejder ved hjælp af det han kalder "grovmønstre". Praktiserende læger er dem, der får "snaps på fingrene" og så gerne med hjælp af "nogen man kan læne sig op ad". Disse "nogen" må gerne være andre læger der formidler specialviden, helst ikke større teoretiske værker à la Carr. Det er ikke realistisk at forvente at praktiserende læger skal sætte sig ind i så omfattende materiale på et enkelt område, da det udgør en lille del af en lang række opgaver.

Troels oplever ikke projektets teoretiske grundlag er blevet formidlet så det kan anvendes i hans hverdagspraksis, og han mener ikke man skal/skulle have brugt mere krudt på det, men det er vigtigt i stedet at glæde sig over det deltagerne når.

Det Troels har brug for, er nogle at diskutere konkrete problemstillinger med, finde frem til håndteringsmåder og tilbagemeldingssystemer, for eksempel med børnepsykiatrien som Troels efterlyser et bedre samarbejde med, idet han ser dem som de praktiserende lægers "naturlige samarbejdspartnere".

Dette vender Troels tilbage til flere gange, nemlig at læger er vant til at kommunikere i samme sprog på tværs af sektorer og specialer, og det måske vil være mere værdifuldt at udvikle dette samarbejde yderligere, også fordi Troels forestiller sig at børnepsykiatrien har meget mere erfaring med samarbejde med kommunalsektoren og dermed ville kunne give praktiserende læger nogle ideer til at forbedre samarbejdet.

Om 1 år håber Troels at han har fået større afklaring i forhold til samarbejdsrelationerne med det kommunale.

Ved projektafslutning 2007

Deltagelsen i projektet har skærpet Troels' faglighed og opfattelse af hvordan han selv kan tackle sine børnesager, han siger:

Nu er jeg klædt på, nu har jeg min egen kagebog. Og kagebogen den handler om at jeg ved, at det er mit problem, fordi der er ikke andre der tager det på sig.

Han har fået redskaber som kan hjælpe ham med at stille flere krav, og det betyder at han som praktiserende læge bliver mere bevidst om, hvad det er han er særlig dygtig til som praktiserende læge. Han siger:

Vi ved utroligt mange ting, et af vores største problemer er, at vi af og til underkender vores egen faglighed i forhold til specialisten, og det er det samme her inden for børn, vi ved rigtig meget, for vi ser rigtig mange patienter, vi skal bare huske, at vi skal have den

pudset af, som jeg siger, pokalen skal pudses af, så vi kan se, hvilken faglighed, vi har, og når vi har vores faglighed og er stolt af den, så er vi faktisk rimeligt effektive.

Troels oplever, at han har fået mere pondus, og har ikke længere så svært ved at sætte ord på sine fornemmelser eller konfrontere familierne med det han ser. Han siger:

Når vi får sat ordene på, og vi får skabt en god kontakt omkring det, så kan man godt snakke om det, så er det ikke så svært. (...) jeg har nået, at jeg har fået nogle glade voksne, fordi de er blevet mere afklarede og det smitter, tror jeg, meget af på børnene. (...) Og jeg er blevet mere tryk omkring børn, fordi børn har været sådan et, skal vi sige, råddent æg, det er det, der er ikke noget folk kan komme så meget op og skændes om, det er hinandens opdragelse af børn (...) den pondus jeg efterlyste i starten den syntes jeg egentligt jeg har fået.

Troels har ikke brugt tid på at læse i de bøger der er blevet udleveret gennem projektet og har ikke brugt den elektroniske portefølje. Han har sit eget system, hvor han bruger papir og så holder han faglige møder med personalet i klinikken. På den måde mener Troels projektet har skudt over målet, at man som praktiserende læge hverken har tid eller lyst til at læse så omfangsrigt et teoretisk materiale. Han siger:

Vedrørende de 4 P'er så er det jo et forsøg på at lave et arbejdsredskab, det vil jeg så sige, det ja, så skal vi have arbejdet mere med det, mere konkret med det, end vi har gjort, det bliver lidt for famlende, synes jeg, det tror jeg. Men det er jo et teoretisk fundament, og det arbejder man med på børnepsykiatrisk afdeling, og det er jo ikke så fremmed fra vores beskrivelse af andre ting inden for netop inden for psykiatrien, den arbejdsmodel man arbejder efter i den psykiatriske journal, så på den måde er den ikke så fremmed. Jeg synes ikke, det har været voldsomt, jeg synes bare, det er skudt over målet, der er ingen grund til at bruge ressourcer på sådan en bog, det synes jeg ikke, men det er jo også sådan nogle ting, man skal lære af, når man gør det første gang.

For Troels har noget af det gode ved supervisionsgruppen været at det har givet mulighed for at få sit arbejde vurderet af kollegaerne. Han opfatter arbejdet i gruppen som meget seriøst og der har været den fornødne tryghed og koncentration om emnerne. Han siger:

Supervision giver en eftertænksomhed og en refleksion, altså du får den refleksionstid til, at du kan gøre dybe tanker, det er det, det lægger op til, og det er også det givende et eller andet sted, det er givende. Det er en måde, vi lærer godt ved, i forhold til den måde, vi arbejder på. Også fordi vi arbejder så spredt og så alligevel er sammen.

Når Troels ser tilbage på projektet, syntes han der har været en del spildtid i forhold til at få etableret kontakt til en ressourceperson og til forvaltningen i det hele taget og han udtaler:

Jeg er skuffet over, hvad systemet socialt kan stille op og bliver mere og mere skuffet over det, jeg synes, det er mildest talt ringe, jeg synes de savner professionalisme. (...) Jeg står stadig med et system, som jeg synes ikke leverer varen, altså hvis jeg skal være helt ærlig.

Troels har oplevet, at forvaltningen arbejder med meget tunge sager, sager der rækker langt ud over hvad han oplever i praksis, og han peger på børneinstitutioner som mere relevante at samarbejde med, men som det er nu er der hverken tradition for den type samarbejde eller den kompetence der skal til. Han syntes for eksempel ikke de observationer der finder sted på fritidshjem, børnehaver og skoler fungerer godt. Troels siger:

Jeg tror i virkeligheden, kommunen skal kigge på, at den måde deres observation ude i institutionerne virker på, skal strammes op, det er i hvert fald det, jeg oplever, at det fungerer ikke tilfredsstillende fra institutionernes side (...) de opfatter heller ikke os som sparringspartnere. Jamen de er slet ikke klar over, hvor mange børn, der i virkeligheden har organiske problemstillinger, altså det er ligesom, det er gledet helt væk i psykologi og pædagogik, at der er faktisk masser af børn, som har et organisk handicap.

Han har dog ikke givet helt op og oplever, at han som praktiserende lægen ville have meget at byde ind med i et tværfagligt samarbejde omkring udsatte børn, særligt kendskabet til hele familien mener han ville være vigtigt at byde ind med.

Alt i alt syntes Troels at projektdeltagelsen har haft den store fordel at der har været så god tid, at der er kommet noget hverdagsagtigt over det. Han siger:

Der kom lidt dagligdag ind i gruppen ikke, altså det, dagligdagen er både skræmmende, men den er også fascinerende, og det er også der man i høj grad skal sige, at det er det, der ændrer noget, fordi det er jo at få implementeret det i dagligdagen, og det tager tid, det er jo ikke noget, du gør fra den ene dag til den anden, så prøver du nogle ting, og så går det måske ikke, ja og så kommer der... indtil det sådan fælder, og du begynder at tage det med ind i en dagligdag, der går noget tid, det synes jeg er vigtigt at huske på.

Bilag 8: Case 3.

Case 3. Anna

Anna er i slutningen af 50'erne. Hun har været læge i 30 år, heraf praktiserende læge de sidste 10 år i en solopraksis uden personale. Hun bestemmer selv sin arbejdstid og siger, at hun ikke arbejder meget mere end hun selv har lyst til. Anna er på tiende år med i en anden supervisionsgruppe.

Anna vil gerne være læge på en måde som skaber rum for bredden, med plads til hele personer, men hun syntes ikke der er så meget tid til det som hun gerne ville og oplever hverdagen bliver for meget præget af naturvidenskab.

Ved projektstart, 2005

I det første interview med Anna, pegede hun på følgende områder hun gerne ville have fokus på i sin deltagelse i børneprojektet:

1. At åbne øjnene for børneundersøgelserne og få indhold i dem igen
2. At komme ud over børneundersøgelsens forventningsramme
3. At få modet til at sætte ord på, når der er problemer
4. At afklare om der overhovedet er behov for praktiserende læger i børnesager

Efter projektets første år, 2006

Ved det andet interview med Anna evalueres der på, hvordan det er gået med de områder Anna havde forventninger om at blive bedre til via projektet:

Ad. 1. At åbne øjnene for børneundersøgelserne og få indhold i dem igen

Anna har oplevet at hendes *øjne pludseligt blev åbnet* for børneundersøgelsen da projektet blev startet og at forløbet har betydet, at hun har fået et mere målrettet fokus på børneundersøgelsen, hvor det tidligere var mere diffust. Indholdet er kommet via arbejdet med næste punkt:

Ad. 2. At komme ud over børneundersøgelsens forventningsramme

Anna er nok snarere kommet ind i børneundersøgelsens forventningsramme på den måde, at hun er blevet mere opmærksom på forældrenes forventninger. Idet hun henviser til en undersøgelse hun har læst, og hvoraf det fremgår at forældre har klare forventninger til den praktiserende læge om han/hun skal måle, veje osv. barnet, ser Anna nu dette som et vigtigt ritual der skal gennemføres for at komme frem til *det andet*, det Anna kunne have mistanke om og som der, når ritualet er gennemført, skabes rum for.

Ad. 3. At få modet til at sætte ord på når der er problemer

Dette tema beskriver Anna som sit *knudepunkt* og vender tilbage til netop dette igen og igen. Det er her det er allermest vanskeligt og her Anna stadig ikke føler sig rustet. Det er de familier, hvor der for eksempel er skilsmisser og kriser i familien, hvor der i konsultationen *kommer lidt frem*, hvor det går *lidt dårligere*, og hvor Anna har mistanke om *det er lidt svært derhjemme*.

Anna er bange for at presse sine patienter unødigt ved at stille spørgsmålstejn til hvordan det egentligt går, hun har ikke tillid til hun kan formulere sig godt nok. Anna bremses i at "sætte ord på når der er problemer" fordi Anna på den ene side oplever hun mangler viden om familiens ressourcer og på den anden fordi hun har en fantasi om hun vil "rive gulvtæppet væk under dem" hvis hun gør dette.

Anna har selv et forslag til hvordan hun kan komme videre med dette tema, et tema som hun fortæller de andre i gruppen også har vanskeligheder med, hvilket blev tydeligt på en af temadagene. Hun siger:

Vi har snakket om det i gruppen og vi syntes alle sammen at det var svært det her med at få det sagt (...) og vi besluttede egentligt, at vi skulle prøve at tage nogen flere sager med, så vi kunne øve og hjælpe hinanden i at prøve at finde ud af, hvordan åbner vi? Hvordan åbner vi låget på den kasse?

Anna mener at forklaringen på at gruppen ikke er kommet i gang med dette er, at gruppen mødes for lidt; at ændre sin praksis tager lang tid, og lige nu føler hun sig *"sådan lidt panisk, jeg har kun 1 år tilbage, det er da ikke nok, det kan vi da ikke nå"*. Anna mener der skal mange flere sager igennem, at der skal være mere fokus på det alle syntes er svært, nemlig at åbne sagen, så gruppen *"prøver os frem og lærer af hinanden, får nogle ideer fra hinanden om hvordan man gør det"*.

På trods af en insisteren af dette er et vigtigt tema har Anna ikke taget det konkret op i supervisionen på interviewtidspunktet.

Ad. 4. Er der overhovedet behov for praktiserende læger i børnesager?

Anna mener ikke hun har haft en egentlig børnesag, så hun har ikke mange erfaringer endnu. Dette tilskriver hun sit klientel der er et *velfungerende, middelklasse, overskudsklientel*. Alligevel oplever hun, at hun har et tydeligt behov for at se eksempler på hvordan sådanne sager kan håndteres, hvad der sker fra man indberetter til hvordan der bliver handlet. Hun er også lidt ærgerlig over læger ikke involveres mere i sager hvor det kunne være relevant, de få gange hun er blevet indkaldt har hun oplevet at hun bidrog med relevant viden at hendes *tilstedeværelse betød noget og ændrede nogle opfattelser fordi problemer blev set fra flere vinkler*. At læger ikke involveres mere tror hun skyldtes problemet med manglende tilladelser og at læger opfattes som svære at kontakte.

Anna mener det vil være spild af tid at invitere forvaltningsfolk til et temamøde, fordi så skal de *sige det rigtige*. Dette eksemplificeres ved hjælp af det mislykkede besøg af ressourcepersonen i gruppen hvor denne person *"havde mere brug for hele tiden at understrege hvad loven sagde, end at prøve at turde se, hvad der er af muligheder"*.

Om den udleverede bog af A. Carr siger Anna at det er for tidskrævende og når hun en gang i mellem ser på de 4 P'er kan hun ikke rigtigt huske hvad det var de skulle bruges til. Anne oplever de fremsendte artikler som mere overskuelige og dem regner hun med at få læst

Anna er flittig med porteføljen og er herudover begyndt at videofilme børnekonversationer. Hun har haft en af disse film med i sin anden supervisionsgruppe, en gruppe der har fokus på konsultationsprocessen, hvilket gør det lidt vanskeligt at skelne mellem hvad der sætter hvilket i gang hos Anna.

Projektets løse ende mener Anna er de manglende kontakter mellem lægerne og socialsektoren, to forskellige kulturer der skal finde ud af at snakke sammen.

Ved projektafslutning 2007

Anna peger ved projektets afslutning på, at hun har fået meget med sig, at det har været betydningsfuldt at være sammen med kollegaerne i supervisionsgruppen og at hun er blevet bedre til at tage hul på de svære samtaler med sine børnefamilier. Anna har fået nye perspektiver på sine børneundersøgelser og oplever at være kommet ud over den forventningsramme hun gerne ville i starten af projektet. Et af de guldgruber Anna har fået med sig er at anvende ordet *bekymre*. Hun siger:

Ordet bekymre har været rigtig godt for mig, jeg kan spørge: er der noget, du bekymrer dig om? dels kan jeg sige: jeg er selv bekymret. Den er ikke helt så vanskelig, så farlig, som hvis jeg siger, det er noget galt, så der signalerer jeg omsorg, jeg interesserer mig for dem og jeg gerne vil hjælpe, hvis jeg siger, at der er noget galt, så kommer der sådan en dømmende, dømmende sværd, der hugger hovedet af dem, det kan godt opfattes sådan.

Anna erkender og accepterer, at der vil være nogle undersøgelser med velfungerende familier der ikke har det store indhold, men som så til gengæld kan danne basis for en eventuel kontakt med barnet senere, for eksempel i puberteten. At barnet og familien kender lægen er vigtigt.

På trods af Anna flere gange refererer positivt til noget der har fundet sted i supervisionsgruppen, er hun ikke helt tilfreds med det konkrete udbytte hun har fået ved at deltage. Hun har mange års erfaring fra andre supervisionsgrupper og hun siger:

Jeg synes egentlig ikke, det har været så godt at have mine egne sager oppe, men det har været meget godt at være med i de andres sager (...) Jeg synes mange gange i stedet for refleksioner fik jeg råd, og det har jeg, det kan jeg bare ikke have. Og når jeg ikke må sige noget og ikke må sige, jeg gider ikke høre jeres råd, jeg vil have jeres refleksioner, så sidder man sådan lidt i...

Når Anna skal beskrive sin rolle som læge i børnesager siger hun at hun opfatter sig som *lidt backup for forældrene*. Helt konkret har hun for eksempel fået erfaring med at deltage i møder på en skole, som kom i stand efter Anna enten fik lov af forældrene til at kontakte en lærer, eller ved Anna tilbød forældrene at gå med til et møde. Her oplevede Anna at kunne bidrage med noget andet end lærerne. Hun siger:

Det var fint, vi havde meget forskellige oplevelser, af moderen, og (...) på et tidspunkt blev det sådan meget med, hver gang moderen sagde noget, var der en lærer, der straks gik i forsvar, så på et tidspunkt prøvede jeg ligesom at summere op, hvorfor vi sad her og hvad vi skulle prøve at komme rundt om og sådan noget, og så blev det bremsed lidt, det der sådan meget være på vagt og meget forsvare sig.(...) Jeg har oplevet lidt, at vi som læger har et helt andet input, end de andre har, og vi er meget vigtige i den der form for fællesskabet, det oplever jeg i hvert fald, når jeg har været med, det er så måske min personlighed, meget at kunne blive en lidt modererende faktor i forhold til de meget voldsomme beskrivelser, som pædagoger kan komme med nogle gange af børnene, hvor jeg tænker, er det nogen, jeg kender dem der eller hvad? Så jeg kan komme med nogle input og stille nogen, ligesom se det fra en anden side og stille spørgsmål, så kan de måske, nå... kan man virkelig gøre sådan?

Anna syntes hun har flere facetter med i oplevelsen af børn og familie, der drejer sig om familiesammenspillet, om forældrenes oplevelser, og om at kende barnet fra andre sammenhænge end institutionen. Hun er således blevet mere bevidst om sin rolle og sine muligheder i forhold til samarbejdet med de andre professionelle der arbejder i de institutioner børn opholder sig i.

Til gengæld har Anna ikke opnået erfaringer i forhold til at etablere samarbejde med forvaltningen og det oplever hun som meget meget frustrerende. Hun siger:

Kommunens sagsbehandlere glemmer at spørge deres klienter om de skal involvere lægerne. De skal spørge patienten, om de må sende besked, altså resultat af mødet, til lægen. De skal sige: må vi sende besked til din læge, må vi informere din læge om det her møde. De er helt holdt op med at indkalde os. (...) Det er en stor frustration, det er jo det som er det primære mål for projektet, og vi er overhovedet ikke kommet bare en lille bid nærmere næsten, det er vi faktisk ikke. Det, synes jeg, er frustrerende.

Heller ikke samarbejdet med sundhedsplejerskerne fungerer. Anna siger:

Sundhedsplejerskerne har jeg faktisk meget lidt samarbejde med. (...) jeg har opgivet at finde ud af, hvem mine patienter har som sundhedsplejerske.(...) vi skriver i samme bog, så det fuldstændig barokt, og sundhedsplejersken har adgang ind til familien som regel til de store er gamle, fordi der hele tiden kommer små nye, så det... så det virker helt absurd, og jeg ved også, der er nogle praksis, hvor de har samarbejde med sundhedsplejersken, jeg har bare helt opgivet det at skulle have kontakt med 20 forskellige sundhedsplejersker eller sådan noget.

Anna vil dog stadig gerne arbejde for at forbedre samarbejdet med kommunen og sundhedsplejerskerne, men hun mener man skal starte et andet sted, man skal finde frem til ildsjælene som har lyst til at være med til at udføre noget græsrodsarbejde for at forbedre. Og skulle man starte et projekt som Børneprojektet op igen skal man involvere deltagerne langt mere aktivt og på tværs af grupperne. Hun mener der måske er gabt over for meget i projektet og beskriver at sidde tilbage med en hul fornemmelse. Hun siger:

Så sidder jeg med en fornemmelse af, jamen hov jeg har ikke fået det, jeg skulle, der er et hul, jeg sidder med en ufærdig fornemmelse, projektet er slut ja, nej, det er det ikke, det kan det ikke være, ikke i mig (...) Det jeg mest har tænkt på, det er det der med, at kan det virkelig være rigtigt, at der ikke kan etableres sådan en kontakt? Altså, jeg vil gerne have en dybdegående analyse af, hvorfor det skulle være rigtigt, at det ikke er muligt, og hvad det så er for politiske, sociale og økonomiske ting, der gør det, at det er sådan, så må vi jo have lavet politikken om. Jeg kan ikke acceptere, det er en af de ting, jeg har tænkt, det er det, der sådan fylder mest i mig, at vi er praktisk taget lige vidt og lige hægtet af. (...) Børneprojektet har absolut sået noget, som kan blive til mere, men der er brug for yderligere arbejde i den retning, yderligere ideer eller hvad ved jeg?

Bilag 9: Case 4.

Case 4. Anders

Anders er førstegenerations akademiker og er på interviewtidspunktet ikke startet som praktiserende læge endnu men skal snart indgå i en samarbejdspraksis. Han er gift med en selvstændig akademiker og har to børn.

Anders, forklarer at det er et hovedprincip i hans liv at man skal yde mere end man får, og hvis alle gjorde det, ville verden være et bedre sted at være. Anders har et stort behov for at bestemme selv, at kunne sætte præg på sin hverdag, og det er baggrunden for han er blevet selvstændig. Anders er meget engageret når han taler om børn, og han ved med sig selv, at hvis han overser børn der kommer til ham for at få hjælp, vil han blive utrolig ked af det. Man kan overse en fraktur, det er bare ærgerligt, men hvis et barn kommer og beder om hjælp, bevidst eller ubevidst og han ikke opfanger det, er det næste ikke til at bære. Anders siger:

Det er min livsholdning, at alle mennesker er i bund og grund født med et ønske om at blive elsket og gøre ting godt, det tror jeg på, og grunden til, at børn bliver som de bliver, når de bliver voksne, (...) er pga. de oplevelser de har haft løbende op igennem deres opvækst, de omsorgssvigt, som der nu engang er sket, gør dem til det, de er, ud fra det råmateriale ud fra det genetiske materiale, de er udstyret med. Nogen er så stærke nok genetisk til at reagere anderledes, slippe ud af det, nogen har så ikke det at stå imod med og bliver trukket ned. Og jeg tror på, at hvis andre voksne mennesker hører de børn, så har man en chance for at få dem tilbage, til at blive nogle rimelige voksne mennesker, som ikke vil gøre det samme ved deres børn, og derved bryde den cirkel, at der er nogle nye børn, som skal lide, derfor kan jeg næsten ikke holde ud, hvis jeg overhører et barns skrig om hjælp, og jeg ved jo, at børn kommer med de der appeller for hjælp bevidst eller ubevidst, hvis man lader dem gøre det, hvis man ikke lukker af.

På grund af Anders situation som ny praktiserende læge og deraf manglende erfaringer havde han ikke mange konkrete forventninger, udover at vil *suge til sig* og:

1. at blive bedre til at håndtere og opdage de relevante sager
2. lære af de andre mere erfarne kollegaers måder at håndterer sagerne på

Efter projektets første år, 2006

Ved det andet interview med Anders, evalueres der på hvordan det er gået med de områder han havde forventninger om at blive bedre til via projektet

Ad. 1. At blive bedre til at håndtere og opdage de relevante sager og ad. 2. at lære af de andre mere erfarne lægers måder at håndterer sagerne på.

De to temaer er her slået sammen, da Anders efter 1 år i supervisionsgruppen ikke har haft en sag oppe i gruppen endnu.

På forespørgslen om det ville være en ide at medbringe noget der ikke er nødvendigvis er et problem, men som Anders kunne få de andre lægers feedback på, for eksempel en børneundersøgelse, er Anders meget afvisende. Han siger:

Det eneste jeg ser, at sådan en gruppe her kan bruges til, det er at få flere, som har en utrolig erfaring, erfaringsbase med kommunikation med andre mennesker og med observation af andre mennesker, bragt på banen. Så man forhåbentlig kan tage nogen, nogen sætninger eller processer med sig, for andres erfaringer kan du ikke tage med dig, andres erfaringer er billetter til tog, der er kørt, du er nødt til at købe din egen billet, men måske kan du få nogen sætninger, som kan hjælpe dig til at købe denne her billet, og det er det, jeg ser det til, om det virker. Se det er det, jeg vil lade dig [forskeren] afgøre, fordi den eneste måde jeg kan se, at man kan afgøre det på, det er ved at have en udefra, som

kigger ind, som ikke er syltet ind, jeg kan ikke, det spekulerede jeg også på, gad vide, hvad du vil spørge mig om, jeg kan ikke se, om jeg er blevet bedre eller ej, hvis du spørger mig om det, så aner jeg det ikke, og det er hverken for at være vrangvillig eller noget, men det mener jeg simpelthen ikke, man kan, det skal man have andre mennesker til at bedømme, om man er blevet bedre til at kommunikere, om man er blevet bedre til at observere, selvfølgelig kan man have, hvis man er Tine Bryld, en fornemmelse af, at man er blevet bedre til at kommunikere, når man har siddet i radioen i x antal år, og man er også sådan rimeligt sikker, og man har fået nogle succesoplevelser og sådan noget, men egentlig for at se, er jeg gået fra A til B, og er jeg blevet bedre inden for et år, eller hvad er det præcis, der har gjort mig bedre, er det en supervisionsgruppe eller det, at jeg har snakket med mange, hvad fanden er det, det skal man have nogen andre til at vurdere, det tror jeg ikke på, at man kan selv.

Udsagnet peger dels på, at det kan være problematisk at deltage i en supervisionsgruppe, når man ikke har/eller har lyst til at bringe nogle konkrete erfaringer i spil, men også at det dermed bliver vanskeligt at vurdere for den enkelte, hvad det rent faktisk betyder at være i gruppen i forhold til en konkret praksis.

Det var derfor vanskeligt at vurdere hvor Anders var i forhold til et konkret beskrevet arbejde som praktiserende læge med udsatte børn/familier. Det man kan vurdere, er hans lærerproces som yngste gruppemedlem i en supervisionsgruppe, som han bruger som spejl for sin egen professionsudvikling. Interviewet kom derfor også til at omhandle det at være ung ny læge og opretholdelsen af den svære balance mellem arbejds- og privatliv, en balance der på interviewtidspunktet tynges negativt ned på grund af et voldsomt arbejdspress.

Anders anvender ikke projektets portefølje - det er ikke noget der interesserer ham, og når det ikke kan koordineres med de andre redskaber han har og anvender i praksis er det ikke noget for ham.

På forespørgslen om hvor Anders gerne vil være i forhold til projektets målsætning om 1 år, fralægger Anders sig ansvaret for hvad han skal nå, det eneste han kan gøre, siger han, er at blive i gruppen og overlade det til forskerne at vurdere om han når det han skal.

Ved projektafslutning 2007

I løbet af projektets sidste år har Anders haft stigende kontakt med børn og unge i sin praksis. Dette har betydet, at han i projektets anden halvdel har haft nogle sager med i supervisionsgruppen og har deltaget mere aktivt i feedback på de andres sager end tidligere. Anders syntes fortsat det er meget vanskeligt at tale med børn og unge om deres problemer og erkender et fortsat behov for at arbejde med dette. Han siger:

Jeg kan mærke, jeg er uerfaren i det, (...) børnene er svære at få til at åbne sig, meget svære, jeg ved, hvad for nogle knapper, jeg skal trykke på hos de voksne, og jeg kan pejle mig ind, hvor jeg skal ind henne og skubbe de rigtige steder, det kan jeg mærke, men der er jeg ikke, der er jeg ikke sådan på gyngende grund, som når det er de børn der, og der er så utroligt stor forskel på, hvilken aldersgruppe de har, de der børn, hvor svære, hvad det er, man skal have fat i, det er, det er virkelig både svært, spændende og frustrerende også, man kan jo mærke, jeg har jo haft et par, jeg har også haft et par, hvor jeg kan mærke, at jeg var gået galt, at denne her vej skulle jeg ikke gå, så har de bare (banker i bordet) som en østers, fuldstændig, så er de fuldstændig umulige at lukke op igen, ja det kan godt være, de er, men så skal de i et langvarigt samtaleterapi forløb, det har jeg jo ikke mulighed for, jeg har ganske få skud i bøssen til at ramme ind, ikke, og kommer man til at gå over en streg eller kommer man til at bevæge sig et sted hen, hvor man har, hvor man har bevæget sig ind på et område, der måske er for svært eller de er blevet bange eller det her, det var de ikke parat til at snakke om eller sådan noget, så er det østers.

Anders bekymrer sig for om det overhovedet er muligt at opnå den form for erfaring, for kommer den ikke vil der være børn og unge der overses.

I modsætning til det første interview kan Anders ved det andet interview se at deltagelsen i børneprojektet har givet ham nogle redskaber. Han siger:

Jeg har fået øjnene op for nogle kernepunkter, som er vigtige at holde øje med, altså signaler fra børn, som er vigtige at holde øje med, sådan nogen banale signaler med, hvis

de ikke vil i skole, angsten for adskillelse, hvis de reagerer med uro i typisk i skolen eller klassen, eller trods, eller nogle af de der ting, også få øjnene op for at fokusere lidt på, hvad er der af beskyttende faktorer, ikke kun gå ind i, hvad er der galt her, men hvad er der rent faktisk af ressourcer, hvad har vi, hvad kan vi hente her, hvad kan vi bruge her til at hjælpe, det har det her [supervisions]forum gjort, ingen tvivl.

Redskaberne handler således om det Anders kalder *banale signaler* og om det at fokusere på barnets ressourcer.

At have sager oppe i supervisionsgruppen har Anders syntes var udfordrende og spændende, og han fremfører i denne sammenhæng, at han betragter sig selv som et konkurrencemenneske. Han siger:

Det er forbundet med et vist element af, om jeg har gjort det godt nok, når jeg præsenterer et eller andet eller siger et eller andet (...) Det der med at gøre som supervisoren siger, du behøver ikke tænke over det, du skal bare sige det, når du kommer, det kan han sige herfra til Jerusalem, det ville jeg aldrig gøre, aldrig.

Anders har med andre ord, tilsyneladende været mere optaget af om hans fremstilling af en problemstilling har været *god nok*, end af hvad der kom ud af de efterfølgende refleksioner, han har dog heller ikke oplevelsen af at de sager han har haft oppe har *rykket noget*. Anders beskriver også at han flere gange har været meget uenig med det der er kommet frem i gruppen, men at han ikke syntes det hører med til en gruppe at lufte sin uenighed. Han siger:

Alle som sidder i sådan en gruppe er jo et eller andet sted, har en eller anden form for høflighed, altså ligeså vel som jeg ikke har sagt, jeg synes, at det er noget lort, det du siger, så er der formentlig også en ikke mindre del af dem, der har siddet her, som har syntes, at det, jeg nogle gange har sagt, har været noget vrøvl, Anders altså, jeg ved, der hvor jeg er i livet, at det, du siger, er noget vrøvl, eller det, jeg har oplevet, så er det noget pladder, men du bliver nok klogere en dag, og det får jeg jo aldrig at vide.

På trods af et travlt arbejds- og familieliv, fortryder Anders ikke deltagelsen i børneprojektet. Han mener, at man får forskellige ting ud af et projekt som børneprojektet, afhængig af hvor man er i livet og at det også har bidraget til en generel kvalificering. Han siger:

At en af de ting, som sådan en gruppe her også bidrager utroligt meget til, som jo ikke har noget som helst med børnesager at gøre, det er jo, det er jo evnen til kommunikation, det er evnen til at kunne formidle sig og tage imod og reflektere og spille bold, og det tror jeg aldrig, at man egentlig bliver færdig med. Om der var andre ting, jeg havde haft mere behov for, det ved jeg ikke, det er ikke til at vide, jeg aner det ikke, jeg ved ikke, om jeg havde fået mere ud af at have 5 kurser i øre/næse/hals, om det havde givet mig mere, det tror jeg egentlig ikke.

Anders har ikke fornemmelsen af at have deltaget i en proces, der er afsluttet her hvor børneprojektet er færdigt. Han siger:

Jeg synes ikke, det er afsluttet, jeg synes ikke, at det har været et rundet forløb, for mig har det her ikke været som en kugle, som nu er blevet hel eller en ring, hvor man er nået rundt til emnet, nej sådan har jeg det slet ikke. For mig har det været et forløb på vej hen i en tragt med en masse virvar og turbulens i starten, og så stille og roligt nærmer man sig mere og mere en spids, og den... der er stadigvæk masser rum og virvar og sådan noget, og det at komme ud igennem tragthullet betyder ikke, at jeg føler mig hverken retningsgivet eller lost altså, jeg føler, jeg har fået nogle ting med mig, som jeg kan tage ind i min dagligdag, og jeg har nu, nu er jeg klar til at gøre noget andet, jeg har mod på at dække nogle af de andre, nogle andre huller, jeg har, ikke andet end huller, og spørgsmålet er bare i hvilken hast, man kan nå at dække dem, altså, og det... og der må man sige, der er det jo en balance imellem at få dækket nogle huller, som er nødvendige at få dækket, nogle man synes er sjove, og nogle, som er vigtige eller, hvad skal man sige, spændende.

Bilag 10: Case 5.

Case 5. Solvej

Solvej har været praktiserende læge i 8 år i en kompagniskabspraksis og arbejder fuld tid. Hun er gift og har to børn.

Solvej syntes det er spændende at tage hånd om flere ting hos samme person og følge enkeltpersoner og familier over længere tid, det at hun nogle gange ikke aner hvad folk snakker om til at begynde med, men finder ud af det når hun lærer folk bedre at kende. Det hårde ved arbejdet som praktiserende læge er at patienterne sommetider har urealistiske forventninger om hvad lægen skal kunne klare for dem.

Ved projektets start tegnede der sig følgende temaer Solvej gerne ville blive bedre til gennem børneprojektet:

1. At kunne spotte problemfamilier/truede børn.
2. At blive bedre til samtaler med problemfamilier.
3. At blive bedre til at blive en del af den samlede indsats omkring familier med problemer.

Efter projektet første år, 2006

Ved det andet interview med Solvej, evalueres der på hvordan det er gået med de områder Solvej havde forventninger om at blive bedre til via projektet:

Ad. 1. At kunne spotte problemfamilier/truede børn

Deltagelse i projektet har betydet at Solvej har fundet "sager" blandt sine patienter hun ikke tidligere havde været opmærksom på, for eksempel en alkoholiseret kvinde, hvor det viste sig at denne havde et barn på 13 år som Solvej ikke tidligere havde tænkt over.

Solvej mærker også den øgede opmærksomhed i sin praksis hvor hun oplever at have fået flere redskaber i diskussioner med kollegaerne.

Ad. 2. At blive bedre til samtaler med problemfamilier

Solvej er blevet opmærksom på, at der overordnet set findes to slags sager. De sager der er meget tunge og kræver indsats fra kommunen, og så de sager hvor hun tidligere tænkte, at dette måtte andre tage sig af, her er hun blevet mere aktiv, tager flere samtaler selv, både med børn og voksne og har erfaret at hun kan mere som praktiserende læge end hun var bevidst om tidligere.

Solvej kunne godt tænke sig at blive mere trænet i disse samtaler via børneprojektet og blive endnu bedre. Hun har erfaret, at det ikke er så svært at tage de svære samtaler som hun havde forestillet sig, hun er klar over det nok snarere har handlet om egne fordomme og oplever at patienterne bliver glade for den opmærksomhed hun viser dem ved at spørge ind til noget der er svært

Ad. 3. At blive bedre til at blive en del af den samlede indsats omkring familier med problemer

Solvej er blevet tiltagende frustreret over det manglende samarbejde med sagsbehandlere og familiekonsulenter. Hun har taget initiativ til at deltage i møder, hvor hun oplever at hun som praktiserende læge faktisk er bedre rustet/uddannet til at tage samtalerne med familierne end sagsbehandlerne, og det overrasker hende at disse tilsyneladende opgiver, hvis familien viser lidt modstand. Lovgivningen er en del af problemet mener Solvej, men den er ikke lige til at lave om,

derfor skal der ændres på praksis på andre måder. Her ser hun den personlige kontakt som meget væsentlig. Solvej mener dette er projektets væsentligste tematik nu hvor halvdelen af tiden er gået.

Solvej påpeger at hun mangler at forholde sig til projektets litteratur, ikke kun fordi det er en del af projektet, men fordi hun oplever ind i mellem at mangle ord og begreber i sine beskrivelser. Havde hun adgang til disse, er hun sikker på det samlede faglige niveau ville blive løftet. Arbejdet med de 4 P'er er for tidskrævende mener Solvej der har prøvet et par gange at tage papiret frem i sin praksis.

Solvej er i øvrigt glad for de input hun har fået på temadagene men syntes ikke den 3. temadag var så god. Porteføljen syntes Solvej er en god ide fordi man kommer meget igennem ved hjælp af spørgsmålene. Hun har dog ikke anvendt den i det omfang hun godt kunne have tænkt sig. Dette begrundes hun med tidsnød.

Om 1 år håber Solvej at gruppen har opnået et godt samarbejde med den kommunale forvaltning, at hun kender dem i børneafdelingen, har mødt dem og snakket med dem, og der er opnået fælles forståelse af hvordan man skal kommunikere omkring børnesager.

Ved projektafslutning 2007

Solvejs mål for projektets andet år er blevet indfriet. Gruppen har afholdt to møder med forvaltningsfolk og Solvej er begyndt at indberette sager, hvilket hun ikke gjorde tidligere. Hun fortæller:

At møde forvaltningen, synes jeg er super det at møde dem, man skal samarbejde med, haft mulighed for at tale om, hvordan det er smart at tage denne her videre til forvaltningen og hvad er det egentlig man skal være så frustreret over eller lade være med at være frustreret over, det synes jeg er smart nok. (...) Det der med at få taget hul på samarbejdet med socialforvaltningen, det, at du vænner dig til at ringe til dem, du oplever jo, at du snakker med nogen, med de samme så med mellemrum og så vænner de sig til, at man kan godt tale om nogle sager (...) jeg kan sige før projektet startede, havde jeg ikke lavet en underretning på børn, og det kan der jo være mange grunde til, og bare det, at der bliver sat fokus på det og man ligesom, nu skal du gøre noget, fordi nu er det det her, vi snakker om, så hen ad vejen, bliver det jo også mere naturligt, netop fordi det bliver trænet, hvordan man skal gribe sagen an, så alene det jo, der må jeg sige, at det har, det har fuldstændig ændret min, hvad skal man sige, mit aktivitetsniveau, når jeg møder familier, hvor jeg synes, at barnet på en eller andet måde er truet (...) og jeg har lavet flere underretninger.

Solvejs oprindelige ønske om at blive bedre til at spotte familier og være bedre til at tale med det/bringe svære ting på banen, har også flyttet sig meget i løbet af projektperioden. Hun siger:

Det har skærpet min opmærksomhed, jeg har en hel anden opmærksomhed omkring børnene og familien, husker at tænke børnene ind, også når der kommer nogen med andre problemstillinger, og det har også gjort måske, at jeg omkring nogen problemstillinger er lidt mere tilbagemået og godt tør sige, lad os lige se, hvad der sker og jeg synes da også, jeg er blevet bedre til ligesom at sige, det her, det kan godt være, at jeg ikke synes, det er smart, men det er ligesom ikke på mit bord mere, jeg kan ikke gøre noget her (...) vi kan ikke gå ud og redde verden, der er nogen begrænsninger i det, vi kan gøre, og hvis man skal ind og støtte en familie og hjælpe med nogen ting, så kan jeg henlede opmærksomheden på det og give det videre til den rette instans, men så kan jeg heller ikke mere der. (...) Jeg er blevet bedre til at få flere aspekter frem i familien altså både kigge på de ressourcer, der er og selvfølgelig de problemstillinger eller mangel på ressourcer, vi synes, der er.

Dét der har haft allerstørst betydning for Solvej er arbejdet i gruppen. Det er supervisionen der har gjort det nemmere at tage samtalerne med familierne, og hun syntes den har sparket til hende i forhold til at komme i gang med arbejdet med børne- ungeområdet. At gruppen har kørt over to år tillægger Solvej stor betydning fordi det er så svært at ændre vaner. Hun siger:

Det kan du gøre over 2 år, netop fordi du kan få snakket det ordentlig igennem og man kan komme tilbage og sige, nu har jeg prøvet, der skete sådan og sådan, altså det giver en helt anden mulighed for at arbejde med problemerne, så det er jo en blanding af to ting, fordi

man kan sige, at når du er i den setting, så bliver du sparket til at gøre nogle ting, men du har altså også tiden og får muligheden for at tage nogle ting på (...) netop fordi det er kørt over så lang tid, så det er kørt sådan lidt ind på rygmarven, at hvis der træder en alkoholiker ind ad døren, så bliver du altså nødt til at være klar over, om der er nogen børn, og jamen altså det er kørt sådan lidt mere ind i rutinen, at man skal tænke på børnene. (...) Hvis du gik ind på et kursus og så hører du, at I bør altså være opmærksomme, hvis børn gør sådan og sådan og deres familie har de og de problemer, nå ja det skal vi nok, og så går vi hjem og fuldstændig som med skulderen, så laver vi det samme igen.

Om projektets øvrige læringsredskaber siger Solvej, at det laminerede ark med de 4 P'er er godt at have stående ved skrivebordet i praksis, at hun ind i mellem tager det frem og bruger det til at minde sig selv om, hvad det kan være relevant at huske på.

Porteføljen har ikke været god fordi den har været for tidskrævende og ikke integreret i hverdagen.

Om projektets udleverede "grundbog" af Carr siger Solvej:

Hvis man gerne vil have, at der er nogen ting, som vi skulle have lært os, så må man prøve at afgrænse det, og så kan man gøre det i bidder, og sige her er i hvert fald et emne, som vi tænker, I kunne have behov for at blive trænet i, eller hvor I har et behov for en større viden. (...) Jeg kan huske, da vi fik udleveret Carr, og nu får I Carr, og man kunne næsten høre, at det her, det er fandeme godt, og så kommer den der, bong, man kigger på hinanden, og der står simpelthen bare så enormt mange ting, jeg er sikker på, det er genialt for dem, der har træningen og den der specialviden inden for området, men jeg synes ikke den er velegnet for os.

På den måde har Solvej ikke opnået det sprog og fået kendskab til de begreber, hun i det første interview efterlyste og pegede på kunne blive væsentlige at få kendskab til som et led i at udvikle sit faglige niveau. Hun udtaler da også:

Det jeg kan sige, jeg ikke er blevet bedre til, det er at finde eventuelle andre, om der er andre sager, man burde være opmærksom på, jeg kan ikke sige, at der er sket en udvikling i, hvilken type sager, jeg tager fat i.

Bilag 11: Case 6.

Case 6. Søren

Søren er oprindeligt uddannet sygeplejerske. Da han begyndte at læse medicin, troede han, at han skulle være narkoselæge, indtil han fik øjnene op for almen praksis. Her finder han lægearbejdet meget mere helstøbt, med mange muligheder for at lave det man er interesseret i, særligt når man er i et lægehus med mange andre læger. Selvom der er mange facetter i jobbet, beskriver han det som et *talefag*, hvor stetoskopet kun har symbolsk betydning. Men Søren er også god til at bruge hænderne og kan lide at opleve han udretter noget med dem. Søren mener faren ved at blive for *familielægeagtig* er, at man bliver for subjektiv og for involveret. Hvis man er venner med sine patienter, kan man ikke handle. Søren beskriver sig selv som meget socialt indstillet, meget til gruppearbejde. Han har en fast struktur om arbejdet, er god til at planlægge og går aldrig hjem senere end kl. 16.00 og har aldrig noget arbejde med hjem. Han er gift og har 4 børn.

Ved projektets start tegnede der sig følgende temaer som Søren gerne ville have fokus på:

1. At blive bedre til at finde advarselssymptomerne – uden at blive overmandet af en enorm medfølelse
2. At blive bedre til at tackle samtalsituationerne
3. At blive bedre til at tale med børn
4. At blive bedre til at "tage hånd om det praktiske", herunder modtage tips, få redskaber og facts, få lidt mere pondus

Efter projektet første år, 2006

Ved det andet interview med Søren følges der op på de temaer som han havde peget på som de vigtigste:

Ad. 1. At blive bedre til at finde advarselssymptomerne uden at blive overmandet af en enorm medfølelse

Søren har været bekymret for, der var mange flere af hans børnepatienter/familier der havde det skidt end han kunne opfange. Han tillægger det betydning, at han som ung læge nok tidligere har overvurderet omfanget af problemer, idet man som ny læge fokusere meget på problemerne, men at han nu, efter at være startet i børneprojektet, er begyndt at skrive ned hver gang han har haft mistanke om nogen og at det viser sig slet ikke at være så mange, som han troede. At få dette overblik over mængden af disse problemer, sammen med de af projektets øvrige tilbud Søren har taget imod, har betydet at de ikke fylder så meget og Søren ikke i samme udstrækning har taget problemerne med hjem.

På trods af dette, er det tydeligt i observationerne af Søren i supervisionen, at netop den del der handler om at blive overvældet af medfølelse er et tema som dukker op ofte. Her ses det at Søren indlever sig meget i sine patienter og at de sager han tager op i supervisionen er situationer hvor han er næsten fortvivlet over hvor svært det er for hans patienter.

Ad. 2. At blive bedre til at tackle samtalsituationerne

Søren understreger som noget meget væsentligt, at han har lært er at involvere de familier der er problemer med langt mere i sine egne overvejelser. Tidligere var Søren ikke sen til at indberette sine bekymringer direkte til kommunen uden at orientere familien om det, hvis han havde fornemmelsen af der var problemer, men nu kan han godt se at den strategi ikke har været så frugtbar.

Søren lærer meget af at lytte til sine kollegaer i supervisionsgruppen, hvordan de beskriver og tackler deres problemer og ikke mindst påpeger han at det har betydet meget for ham, at opleve ældre og erfarne kollegaer han har stor respekt for, kan være åbne om, de også kan være usikre.

Om sin rolle i forhold til belastede familier siger Søren at den indflydelse han har som læge ligger tidligt i forløbene, at det er vigtigt at han hjælper forældrene inden det går galt, for når det først er gået galt er det andre der tager relevant over.

Ad. 3. At blive bedre til at tale med børn

Søren syntes ikke han har fået mange flere erfaringer med at tale med børn, men han har hørt mange eksempler gennem supervisionen, og det opfatter han som en stor hjælp. Det der stadig er det svære, er børn på 8-9 år, det vil han gerne have hjælp til. Børn omkring 12 år oplever han at han kan tale til næsten som til voksne, helt små børn nævner han ikke.

Ad. 4. At blive bedre til at "tage hånd om det praktiske", herunder modtage tips, få redskaber og facts, få lidt mere pondus

Der er ikke tvivl om Søren oplever han har fået mange tips og brugbare redskaber i projektets første år, men i hele det område i forhold til "det praktiske" i samarbejdet med socialsektoren som Søren oprindeligt ventede sig meget af, har han måtte nedjustere sine forventninger meget. Han oplever ikke, han eller gruppen er kommet videre i forhold til samarbejdet med kommunen (kommunerne), og at han mere eller mindre har indstillet sig på at det nok ikke er muligt. Denne oplevelse understøttes af mødet med de andre projektdeltagere til temadagene, der også har haft skuffende oplevelser. Til gengæld har Søren erfaringer med at inddrage familierne langt mere i hans egne overvejelser betydet, at han oplever at kunne etablere langt mere åbne relationer hvor hans patienter fortæller ham mere og/eller vender tilbage med oplysninger. Dette syntes Søren på mange måder er fint nok.

Søren påpeger, at han har haft to overordnede forventninger til børneprojektet, at komme i en supervisionsgruppe og at lære noget om omsorgssvigtede børn (i nævnte rækkefølge). Begge dele er blevet indfriet. Søren tror på gruppen fortsætter efter projektets afslutning, han er meget tilfreds med denne del og oplever at have fået et netværk han kan trække på hvis han har problemer.

Søren siger lige ud, at han ikke på nogen måde forholder sig til projektets overordnede målsætning. Det han så lægger i at *lære noget* er der redegjort for i hans egne læringstemaer, der på mange måder er sammenfaldende med projektets målsætning, men ikke med alle. Dette kan skyldes at der ikke har været en klar rekrutterings- og informationsstrategi i projektets opstartsfasen. Søren troede oprindeligt, at alle læger i amtet havde fået dette tilbud, først senere gik det op for ham at invitationen til deltagelse var rettet mod ham. Han fortæller at han har hørt *i byen*, at der var nogle der ikke var inviteret og at hans ene kompagnon er meget ærgerlig over ikke at have fået det samme tilbud.

Søren ville ikke have haft noget i mod der havde deltaget andre faggrupper i supervisionsgruppen, for eksempel nogle fra børne-unge udvalget eller et par socialrådgivere. Sygeplejersker mener han ikke ville være gode at have med da de er for handlingsorienterede og praktiske i forhold til tematikken.

Det piner Søren lidt, at han ikke er kommet videre med logbogen, han skriver sine sager ned på almindeligt papir og opbevarer det, sammen med andre relevante udskrifter i den udleverede børne-mappe.

Søren har forventninger om at han om et år vil være endnu mere realistisk, at samarbejdet med familierne vil give ham mere viden. Han forventer at supervisionsgruppen vil arbejde mere i dybden, for eksempel ved hjælp af videoer fra praksis eller rollespil. Han kunne godt tænke sig det blev lidt mere personligt.

Søren håber alligevel også han får læst lidt i Carrs bog, og han vil læse mere Killen.

Ved projektafslutning 2007

Ser man på de temaer Søren havde forventninger om at blive trænet i gennem børneprojektet, er især det at "tage hånd om det praktiske" blevet meget mere klart for Søren. Han oplever han har

et overblik over hvilke muligheder der er i kommunen og han har ændret sin egen praksis fra tidligere, hvor han underrettede uden at orientere familierne først, til nu hvor han fortæller dem om sine bekymringer og be væggrunde til at kontakte kommunen. Han siger:

Og det er nok en af de ting, hvor jeg før i tiden, det er der, hvor jeg synes, jeg har lært noget, det er det der med, jeg er kommet et skridt foran med at kunne informere, inden jeg gør noget.

Ved at arbejde med sager i supervisionsgruppen og høre om de andres erfaringer, har Søren også fået mere klarhed over hvad han kan bruge børneafdelingen på sygehuset til. Søren siger han nu ved mere om hvad han skal skrive, at han *har udviklet et sprog*.

De tre gange Søren i det forløbne år har lavet indberetninger, har han fået skriftlig bekræftelse på at de er modtaget i kommunen. Andre oplysninger har han ikke fået derfra, men får dem ofte via familierne der kommer tilbage og fortæller hvad der sker, og så vidt Søren kan vurdere, bliver der taget bedre hånd om sagerne end han tidligere troede var tilfældet. Alligevel synes han det er ærgerligt han ikke kan få nogle flere oplysninger via sagsbehandlerne. I et konkret tilfælde med en ung gravid mor der blev udsat for vold af sin partner, indberettede Søren sagen og kontaktede derefter sagsbehandleren. Han siger:

Da jeg så ringede jeg til sagsbehandleren, (...) så sagde hun til mig, hun kunne ikke oplyse noget konkret, og så sagde jeg, det synes jeg var noget pjat, fordi jeg ville godt fortælle hende, at patienten faktisk havde været ude for det og det, så sagde hun igen, at jeg vil godt fortælle dig, at vi er i gang, men jeg kan ikke fortælle dig mere. Hun var totalt afvisende, og det må jeg jo finde mig i. (...). Altså, jeg tror bare, jeg har accepteret, at sådan er det, jeg tror, det er et eller andet med, at jeg tænker, jeg har en eller anden måde. Patienten er kommet igen her og har fortalt, at hun er faktisk den måde.

Søren fortæller at de i hans praksis slet ikke samarbejder med sundhedsplejerskerne, hvilket han tror skyldtes manglende tradition, ikke manglende vilje. Han kan kun huske at være blevet kontaktet af én sundhedsplejerske i de tre år han har været praktiserende læge. Samarbejdet med for eksempel skolelærere og pædagoger fylder heller ikke meget. Søren mener at det skyldtes det er sundhedsplejerskerne der samarbejder mest med den og at læger har en lidt mere perifer rolle i det samarbejde.

Søren syntes ikke han har fået mange redskaber til at konkret at tackle børnesager på det han beskriver som et *personligt plan*, for eksempel hvordan man tackler samtalerne med udsatte børn. Han siger:

Det er den del, jeg synes, jeg manglede, jeg synes, jeg har fået meget mere faktisk viden(...), men jeg synes, hvis vi skulle videre der, så skal det altså mere over på det personlige plan. (...) I starten tænkte jeg gud det er fedt, at vores supervisor er børnepsykolog, hun kan sikkert lære os en hel masse, men det synes jeg faktisk ikke er det, der har været tilfældet, og jeg tror, at nogle gange, at en anden faggruppe har lidt svært ved, især når det er læger at gå ind og sige, styre det, hvor hvis det var en læge, så tror jeg, at det var lidt lettere. Ja altså der har været for meget snak, hvor vi har fået lov til at tale teoretisk, hvor vi skulle have sagt, den tager vi lige op, den prøver du at spille, du er moderen, du er faderen, så tager vi den lige...

Søren oplever at have fået skærpet sine evner til at opfange advarselssignaler hos udsatte børn og familier. Særligt det at lytte til og lære af sine kollegaer i supervisionsgruppen værdsætter han meget højt. Han siger:

Det har også givet mig en del, det der med, hvordan gør andre, (...) det har egentlig mere været den viden, der er i gruppen, jeg synes, der er blevet fælles.

Han bliver dog stadig overvældet af nogle af de sager han møder i praksis og kommer under interviewet med et eksempel på en familie der havde det så dårligt, at han var ved at ringe til sin kone for at spørge om familien kunne komme med Søren's familie på ferie i Sverige. Inden han gjorde det fik han ringet til kommunen, hvor dagsbehandleren overtog sagen efter at have understreget at han ikke syntes det var en god ide at Søren tog familien med på ferie. Han siger:

Ham jeg snakkede med, han sagde, han lovede, at de skulle nok tage affære omkring det, og så sagde jeg, at jeg havde faktisk overvejet det med Sverige, fordi det var ikke ude af

mit hoved, så sagde han bare totalt kontant til mig, at det ville fandeme være uprofessionelt, og så tænkte jeg, jamen det er fint. Og så har jeg så senere fået at vide, at de har fået en plejefamilie, en aflastningsfamilie en gang her i vinter, så det er jo fint.

Det er blandt andet med henvisning til denne type sager, Søren igennem projektet har efterlyst supervision på et mere personligt plan, noget han håber vil finde sted da gruppen har besluttet at fortsætte som supervisionsgruppe men en anden (læge) supervisor, ud over børneprojektet.

Søren har gennem projektføreløbet haft lyst til at tilegne sig ny viden på børneområdet. Han syntes de cases der har været arbejdet med på projektets temadage har været vældig inspirerende, og har været meget glad for at læse en bog af Kari Killen som hans kone har gjort ham opmærksom på. Men han syntes stort set at det han i øvrigt er blevet præsenteret til via børneprojektet har været tørt og kedeligt. Han siger:

Jeg synes den der gennemgang, at den har været utroligt kedelig, jeg kan ikke huske, hvad hun hed hende, psykologen. utrolig kedeligt, jeg har ikke kunnet bruge de der gennemgange til noget, altså omsætte dem... overhovedet ikke, jeg kan ikke huske, hun har sagt noget, jeg kan bruge. Det laminerede ark med de 4 P'er og så videre, det siger mig overhovedet ikke noget. Og så er der den der Carrs bog, den har jeg prøvet at slå op i nogle ting, men det har ikke givet mig lyst til at læse den. (...) Det har været fint, at de har sendt det der materiale ud, noget af det har jeg bladret igennem og syntes så kedeligt ud og andet har jeg læst, så jeg synes da, i de her år har jeg læst rigtig meget om det her emne, men altså...

Porteføljen har Søren opfattet som noget han blev presset til at skrive i, og Learn-skemaerne var heller ikke relevante for ham. Han siger:

Learn-skemaer dem har jeg virkelig haft svært ved at udfylde, når det kommer til porteføljen vil jeg sige det samme, ja det har bare ikke været noget, jeg kunne bruge, det kan være, det har været et værktøj, som nogen kunne bruge, der må være nogle forskellige måder, man kan lære på, og det siger mig ikke noget. (...) altså jeg synes, det er okay, der skal være en eller anden form for evaluering, og det må være på papirform eller et eller andet, men jeg synes bare, at det har været enormt svært hver gang at skrive ned, hvad man har lært og hvad man kan blive bedre til, det mener jeg virkelig er svært, og det synes jeg altid det er med sådan noget evaluering, hvis vi havde alle pengene, så synes jeg bare, at der skulle være 8 Bibi'er på, der gik rundt og interviewede, det er jo meget nemmere, altså for mig.

Alligevel beskriver Søren, at det at han rent faktisk pressede sig selv til at skrive sine sager ned har betydet, at han har fået et bedre overblik over dem. Det var også medvirkende til, at Søren har opdaget at han rent faktisk har færre alvorlige sager, end han før havde på fornemmelsen, hvor sagerne bare fyldte mere i hovedet.

Bilag 12: Notat om ressourcepersonen.

Den lokale ressourceperson.

De funktioner som projektets ressourceperson skal have, er ikke beskrevet i den oprindelige projektplan. Erfaringerne indtil nu viser at

Ressourcepersonen bør være en person som i sit daglige virke arbejder med konkrete børnesager har et godt kendskab til lokalområdets struktur og ressourcer inden for det kommunale og amtskommunale område samt kendskab inden for det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Det er sandsynligt at en person med så omfattende en kompetence kan være svært at finde, således af opgaven som ressourceperson for gruppen måske bør løftes af to.

Hvis gruppen ultimo februar 2006 endnu ikke har fået etableret relevant kontakt med en eller to ressourcepersoner er det projektledelsens opgave at bestå gruppen. Vælger gruppen to ressourcepersoner, kan ressourceperson nr. 2 knyttes til projektet fra start eller senere.

Nedenstående idékatalog beskriver konkrete eksempler på hvad ressourcepersonen(-erne)s opgaver i forhold til gruppen kunne være. Kataloget indeholder givet ikke alle muligheder, grupperne opfordres til at arbejde videre med kataloget og formidle deres erfaringer til resten af projektets deltagere (konkret hvordan, herom senere).

Ressourcepersonen skal

- have et fagligt netværk i den kommunale verden og være i stand til at hjælpe med at henvise relevant
- kunne orientere om arbejdsgange, procedure, kontaktpersoner inden for de forskellige instanser (fx børn og unge / familieafdelingen, PPR, familievejledning, heldagsskole, specialinstitutioner mv. ikke blot socialforvaltningen i forbindelse med konkrete børnesager)
- kunne fungere som kontaktperson til de nævnte instanser
- kunne orientere om lokalområdets særlige institutioner for børn og unge fx SSP-samarbejdet,
- kunne bidrage til at en børnesag ansvarsmæssigt forankres relevant
- være med til at opbygge et netværk mellem de praktiserende læger og de nævnte samarbejdspartnere
- være med til at udvikle nye samarbejdsrelationer i lokalområdet
- være med til at sætte fokus på behovsbørn i lokalområdet
- være med til at sætte fokus på behovsbørn blandt lokalområdets praktiserende læger
- være med til at sætte lokale initiativer i gang fx temamøder, informationer, nye måder at samarbejde på.